



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA



**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2011

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico - do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA

2011

Catálogo-na-Publicação: Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Fonseca, Ilva Santana Santos

F744p Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da indústria da Bahia / Ilva Santana Santos Fonseca. – Feira de Santana - BA, 2011.

128 f.

Orientador: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

1. Transtornos mentais - trabalhador - indústria - Bahia.
2. Saúde mental - trabalhador - indústria - Bahia. 3. Trabalhador - indústria - Bahia. I. Araújo, Tânia Maria de. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico - do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Feira de Santana, ____ / ____ / ____

Profa Dra Tânia Maria Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Prof Dr Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Profa Dra Leticia Coelho da Costa Nobre
(Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador –CESAT)

“...que, infalivelmente, como veio, assim ele vai; e que proveito lhe vem de trabalhar para o vento, e de haver comido todos os seus dias nas trevas, e de haver padecido muito enfado, e enfermidades, e cruel furor? Eis aqui o que eu vi, uma boa e bela coisa: comer e beber, e gozar cada um do bem de todo o seu trabalho em que trabalhou debaixo do sol, todos os dias da sua vida que Deus lhe deu; porque esta é a sua porção. E quanto ao homem a quem Deus deu riquezas e fazenda, e lhe deu poder para delas comer, e tomar a sua porção, e gozar do seu trabalho: isto é dom de Deus. “

Eclesiastes 5:16 – 19

RESUMO

Os estudos sobre trabalho e suas diferentes relações com as condições sociais e de saúde dos indivíduos tem crescido ao longo do tempo. Muitos destes têm associado as mais diferentes ocupações com a saúde, inclusive com a saúde mental, temática que tem levado os pesquisadores ao redor do mundo, a realizar investigações sobre as influências de determinadas características sociodemográficas, psicológicas e ocupacionais sobre a saúde psíquica. Apesar do crescimento destas pesquisas envolvendo trabalho, ainda é muito pouco o quantitativo de estudos que envolvam a saúde mental e os trabalhadores da indústria, sobretudo envolvendo os grupos ocupacionais segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Assim, diante desta realidade, o presente trabalho buscou descrever o perfil da população industrial da Bahia, segundo as características sociodemográficas e do trabalho e estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns entre os industriários baianos. Tratou-se de um estudo realizado no Estado da Bahia entre os industriários no período de 2008 a 2009. Foram considerados elegíveis os industriários cadastrados durante a pesquisa, totalizando 59.477 trabalhadores e 41.639 tiveram seus dados válidos no Sistema de Gerenciamento Risco Saúde na Indústria (SGRSI), o correspondente a 70,0% da população cadastrada. O maior percentual dos industriários estava no grupo GG7 (59,1%). De acordo com o sexo, o grupo com maior percentual de homens foi o GG6 (96,8%) e de mulheres, o GG2 (42,7%); segundo o estado civil, casados / união estável no grupo GG2 (74,4%), de solteiros no GG9 (43,4%) e de divorciados e viúvos no GG6 (4,8%). O grupo GG3 apresentou o maior percentual de indivíduos com ensino fundamental (74,7%), o grupo GG6, com ensino médio (63,6%) e ensino superior (34,9%). Quanto a faixa etária, o GG8 apresentou dos trabalhadores com até 25 anos, o GG9 na faixa de 25 a 45 anos (68,3%), e o GG1, com mais de 46 anos (28,8%). Com relação a renda, a maioria dos que ganhavam até 1 salário mínimo estavam no GG4 (9,2%), de 1 a 3 salários mínimos no GG2 (92,3%) e os trabalhadores do GG6, mais de 3 salários (49,3%). As características do trabalho, mostraram que os industriários com mais de 6 dias de trabalho e com carga horária semanal acima de 40 horas, estavam em sua maioria nos grupos GG6 (36,5%) e GG8 (51,3%), respectivamente. Aqueles que não trabalhavam no mesmo horário diariamente no GG5 (31,6%) e que trabalhavam pelo menos um dia por semana à noite, no GG6 (36,5%). Para o levantamento da prevalência de transtornos mentais comuns utilizou-se o GHQ-12 que rastreou 11,6% de transtornos. O grupo ocupacional com maior prevalência dos transtornos foi GG4 (13,2%; RP = 1,3; p < 0,05). Em relação ao grupo de referência (GG3), sendo a diferença estatisticamente significativa. Através deste estudo verifica-se a importância de realizar novas pesquisas com os industriários envolvendo as condições, o processo e a organização do trabalho, os fatores psicossociais e a saúde mental dos mesmos, a fim de traçar ações preventivas e de promoção à saúde psíquica, e também poder se refletir sobre a forma de classificação das ocupações entre estes trabalhadores.

Palavras-chave: CBO; indústria; saúde mental; GHQ

ABSTRACT

Studies of work and its relations with different social conditions and health of individuals has grown over time. Many of these have associated the more different occupations to health, including mental health, a topic that has led researchers around the world to conduct research on the influence of certain sociodemographic characteristics, psychological and occupational mental health. Despite the growth of this research work involved is still very little quantitative studies involving mental health and industrial workers, especially involving the occupational groups according to the Brazilian Classification of Occupations (CBO). So, facing this reality, this study sought to describe the profile of the industrial population of Bahia, according to the sociodemographic and labor and to estimate the prevalence of common mental disorders among industrial workers in Bahia. This was a study in Bahia among industrialists in the period 2008 to 2009. Were considered eligible registered industrial workers during the survey, comprising 59,477 employees and 41,639 had their valid data in Health Risk Management System in Industry (SGRSI), representing 70.0% of the enrolled population. The highest percentage was in the group of industrialists GG7 (59.1%). According to sex, the group with higher percentage of men was the GG6 (96.8%) and women, GG2 (42.7%), marital status, married / stable union in the group GG2 (74, 4%) of singles in GG9 (43.4%) and divorced or widowed in GG6 (4.8%). GG3 The group had the highest percentage of those with primary education (74.7%), the group GG6 with high school (63.6%) and education (34.9%). Regarding age, the GG8 workers showed up to 25 years, GG9 in the range 25 to 45 years (68.3%), and GG1 with over 46 years (28.8%). With respect to income, most of that earned by a minimum wage were in gg4 (9.2%), 1 to 3 minimum wages in GG2 (92.3%) and workers in the GG6, more than 3 salaries (49 3%). Job characteristics, showed that industrial workers with more than six days of work and weekly working hours over 40 hours, were mostly in groups GG6 (36.5%) and GG8 (51.3%), respectively. Those who were not employed at the same time each day in GG5 (31.6%) and working for at least one day a week at night in GG6 (36.5%). To survey the prevalence of common mental disorders used the GHQ-12 that tracked 11.6% of disorders. The occupational group with the highest prevalence of disorders was gg4 (13.2%, PR = 1.3, p <0.05). Regarding the reference group (GG3), the difference being statistically significant. Through this study verifies the importance of more research in the conditions involving industrialists, the process and work organization, psychosocial factors and mental health of them, in order to track preventive and mental health promotion, and also able to reflect on how the classification of occupations among these workers.

Keywords: CBO industry, mental health, GHQ

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	
1.1 GERAL	11
1.2 ESPECÍFICOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 A relação trabalho e saúde	12
3.2 O sistema de classificações ocupacionais	14
3.2.1 A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO - 2002)	15
3.3. Transtornos mentais comuns	18
3.3.1 <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ – 12)	19
4 METODOLOGIA	22
5 RESULTADOS	
5.1 ARTIGO CIENTÍFICO: Prevalência de transtornos mentais comuns em industriários da Bahia	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXO A – Aceite e liberação para uso do banco de dados	74
ANEXO B – Protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS	75
ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido	76
ANEXO D – Questionário Gerenciamento do Risco Saúde na Indústria	78
ANEXO E – Grupos ocupacionais segundo CBO	88
APÊNDICE – Projeto de pesquisa	95

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, tem crescido a importância atribuída a estudos de epidemiologia no âmbito da psiquiatria e têm proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência dos transtornos mentais para o funcionamento dos indivíduos.

Neste campo, a abordagem multicausal do adoecimento, destacando a importância dos fatores ambientais, tem revelado a evolução científica para a investigação da saúde, inclusive na área da saúde mental dos trabalhadores.

Ao longo dos anos, mudanças no mundo do trabalho vêm gradativamente contribuindo para transformar a vida dos indivíduos. Diversas ocupações surgiram à medida em que se descobriram novas tecnologias, sendo necessário profissionais com um novo perfil laboral, polivalentes, exigindo dos mesmos cada vez mais, inclusive uma maior exigência mental.

Para as empresas, os custos físicos e psicológicos que envolvem a saúde do trabalhador já podem ser verificados e relacionados aos aspectos econômicos. Sintomas frequentes são apresentados e descrevem o estado de apatia, fadiga, ansiedade e baixa motivação percebida na força de trabalho, o que determina algum tipo de impacto sobre a produtividade, sobre o número de acidentes no trabalho e sobre o desempenho representando um alto custo social e econômico para as empresas, pois incapacitam os trabalhadores e constituem causa importante de absenteísmo, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.

A presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas tem caracterizado o que se denomina como transtornos mentais comuns (TMC), em estudos de base populacional tem prevalência que varia de 7% a 30% (COUTINHO et al., 1999; LUDERMIR e MELO FILHO, 2002).

Apesar do aumento crescente de pesquisas sobre estes transtornos relacionados aos grupos ocupacionais, ainda se verifica um número restrito de estudos sobre TMC e ocupações na área industrial.

A população da indústria apresenta algumas características específicas, dentre elas, a carga horária de trabalho, os turnos, o vínculo empregatício, os

processos de trabalho e demais características organizacionais que levam a um olhar mais delimitado no que se refere a análise da saúde e do trabalho, inclusive sobre a saúde mental.

Uma interferência negativa do ambiente sobre a saúde mental dos trabalhadores representa um alto custo social e econômico para as empresas, pois incapacitam os trabalhadores e constituem causa importante de absenteísmo, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.

Considerando a relevância do estudo da saúde mental em grupos ocupacionais, pretendeu-se com este estudo verificar: Qual a prevalência de TMC entre os industriários baianos? Existe associação entre ocupações e a prevalência de transtornos mentais comuns entre os industriários baianos?

Em virtude das evidências científicas que tem revelado uma relação da saúde com o trabalho, o presente projeto de pesquisa se justifica pela relevância científica que apresenta, já que irá contribuir para o estudo da qualidade de vida e dos TMC, através da relação com a ocupação, fazendo uso da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Também apresenta relevância social, pois possibilitará subsídios para possíveis intervenções e novos posicionamentos do Serviço Social da Indústria (SESI) frente aos industriários baianos.

Por buscar assumir uma posição diferenciada no gerenciamento da saúde dos trabalhadores da indústria, visando ser um provedor indispensável de soluções para a indústria através de novas atuações na área da saúde, o presente estudo poderá contribuir com novas informações sobre a saúde mental desses trabalhadores, e conseqüentemente, fornecer subsídios para elaboração de novas ações no campo da saúde dos trabalhadores da indústria.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo grupos ocupacionais no setor industriário da Bahia.

2.2 Específicos

- ✓ Descrever o perfil da população segundo características sociodemográficas e ocupacionais;
- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas e do trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A relação trabalho e saúde

Durante a Revolução Industrial (séc. XVIII – XX), diversas modificações no mundo do trabalho foram observadas, desde o processo de produção até as condições de vida e de saúde dos trabalhadores. As jornadas de trabalho longas, sobre condições inadequadas, insalubres, extremamente desfavoráveis à saúde destes trabalhadores eram uma realidade constante, em prol do sistema capitalista que cada vez mais se consolidava no contexto mundial (BERLINGUER, 1988).

Os locais de trabalho sem adequações físicas, e até sociais, favoreciam a origem e a proliferação de diversas doenças de carácter infecto-contagioso e crônico. Além disso, verificava-se a alta periculosidade destas atividades laborais, já que se observava um alto número de mutilações e mortes (LAURELL, NORIEGA, 1989, MINAYO-GOMEZ, COSTA, 2007).

Neste contexto emergente de uma nova visão da saúde do trabalhador, verificava-se o profissional médico nas fábricas, caracterizando a medicina do trabalho,

A presença de um médico no interior das unidades fabris representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Instaurava-se assim o que seria uma das características da Medicina do Trabalho (MINAYO-GOMEZ, COSTA, 2007)

Esta medicina exercida dentro dos ambientes de trabalho das indústrias foi sendo implantada de forma que se predominava uma visão biológica e individual, por meio de uma relação unicausal, que afirmava que as doenças advêm do exterior

do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas, sendo estas enfermidades causadas por um grande número de fatores, como desequilíbrios químicos, microorganismos e a própria predisposição genética (KOIFMAN, 2001).

Críticas a esta visão unicausal das enfermidades começaram a surgir por volta de 1960, iniciando um novo olhar da medicina, deixando de reduzir o indivíduo ao âmbito biológico e traçando o processo saúde doença em um contexto onde a relação com o social estava presente. A saúde começou a ser vista como um processo coletivo, influenciando na origem da investigação do processo de trabalho e saúde dentro do campo das ciências sociais e da saúde (LAURELL, NORIEGA, 1989).

Neste cenário, surge a corrente da Medicina Social ou Saúde Coletiva que amplia a discussão do processo saúde doença e a problemática da saúde coletiva que é colocada como um processo social e político. As teorias a respeito da saúde são reformuladas e a doença não é mais o objeto do conhecimento, mas o processo biopsíquico humano.

Nos tempos atuais, tem-se percebido novas transformações no mundo provenientes da globalização, que trouxe as inovações organizacionais que modificaram a estrutura produtiva levando a mudanças nas condições de trabalho que afetaram a saúde física e mental dos trabalhadores.

Neste cenário laboral, determinadas características como a competitividade, a demanda aumentada, elevação exacerbada da produtividade acabam exercendo influências diretas sobre a vida dos trabalhadores, que em grande parte precisam ser além de polivalentes, também supercompetentes. As pessoas acabam colocando sua individualidade em segundo plano e a profissão toma quase todo o espaço na sua vida, as impedindo de cuidar de si mesmas. Desta forma, elas ficam muito tempo submetidas a esta organização de trabalho, as quais podem provocar determinados estímulos que levam algumas vezes a uma desestruturação orgânica, favorecendo o surgimento de enfermidades (BRASIL, 2005).

Ururahy (2005) lembra que o ser humano é produto do meio e que a dinâmica das doenças permite que elas o acompanhe.

Quando um indivíduo ... desenvolve um estilo de vida inadequado, isto é, alimentação desequilibrada (excesso de calorias, de açúcar, sal, gordura, álcool);

uso constante de estimulantes (caféina, nicotina); noites mal-dormidas; e sedentarismo, as doenças encontram espaço fértil para se desenvolver. Assim, os percentuais de doenças que incapacitam e matam estão aumentando. E a faixa etária das pessoas acometidas por essas doenças está diminuindo.

Os estudos epidemiológicos envolvendo populações de trabalhadores surgem para associar o aparecimento destas patologias às ocupações, a partir da relação homem versus trabalho, o que ultrapassa o caráter preventivo ou curativo, de modo a direcionar as atividades para a promoção da saúde (BENSOUSSAN et al., 1988)

3.2 O sistema de classificações ocupacionais

Um sistema de classificação de ocupações é um sistema de classificação de dados e informações das ocupações que fornece subsídios para análise, agregação e descrição do conteúdo do trabalho, além de um sistema de níveis e áreas, para classificar as ocupações no mercado de trabalho.

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) adotou em 1957, a partir da 9ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, a primeira versão de classificações dos tipos de profissões conhecida como ISCO – 1958 (International Standard Classification of Occupations), com o objetivo de organizar postos de trabalho em um conjunto bem definido de grupos de acordo com as tarefas e funções desenvolvidas no trabalho (ILO, 2008).

Esta primeira versão internacional foi substituída pela ISCO-68, que foi adotada pela 11ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, em 1966, e em 1987, pela terceira versão da Classificação Internacional das Profissões, ISCO-88. Em 2007, esta última versão foi atualizada e é conhecida como ISCO – 08, estando nos idiomas inglês, francês e espanhol.

Na Classificação Internacional (ISCO-88) as ocupações estão agrupadas em 10 grandes grupos:

Grupo Principal 1: Legisladores, Oficiais Sêniores e Administradores;

Grupo Principal 2: Profissionais das ciências e das artes

Grupo Principal 3: Técnicos e Profissionais Associados

Grupo Principal 4: Empregados de Escritório

Grupo Principal 5: Trabalhadores da Área de Serviços, Atendentes de Loja e Vendedores.

Grupo Principal 6: Agricultores e Pescadores Especiais

Grupo Principal 7: Artesãos e Negociantes

Grupo Principal 8: Operadores de Máquina e Montadores de Fábrica

Grupo Principal 9: Ocupações Elementares

Grupo Principal 10: Forças Armadas

3.2.1 A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO - 2002)

O Ministério do Trabalho e Emprego Brasileiro (MTE) elaborou a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, que é um documento que “reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro” (BRASIL, 2002, p.01).

Esta classificação surgiu em 1994, a partir do Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRA/70/550), baseado na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações – ISCO, de 1968. Este projeto foi proveniente do convênio entre o governo do Brasil e o programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), com a colaboração da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). A segunda edição da CBO foi elaborada em 2002 e contém as ocupações organizadas por famílias, em que cada uma destas constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo (BRASIL, 2002).

A CBO é usada em registros administrativos como a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, Seguro Desemprego, Declaração do Imposto de Renda de Pessoa Física - Dirpf, dentre outros. Além disso, ela é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores no mercado de trabalho, na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas, nos serviços de

imigração, e em qualquer atividade que necessite de informações sobre o conteúdo do trabalho.

De acordo com a CBO, existem três conceitos básicos necessários para se compreender o cenário ocupacional, que são: ocupação, emprego e competências. A definição de ocupação é dada pela “agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas” (BRASIL, 2002). Emprego ou situação de trabalho é definido pelo Ministério do Trabalho e Emprego como “um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício”. Esta é a unidade estatística da CBO (BRASIL, 2002).

Já o conceito de competência apresenta duas dimensões:

“Nível de competência: função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho. Domínio (ou especialização) da competência: relaciona-se às características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica, processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação” (BRASIL, 2002).

A CBO 2002 pressupõe somente um nível de competência possível por ocupação, família, subgrupo, subgrupo principal e grande grupo ocupacional. A sua estrutura é formada por um conjunto de códigos e títulos de forma hierárquico-piramidal de acordo com o Quadro 1:

Quadro 1. Nova composição da CBO em relação à estrutura de 1994. BRASIL, 2002:

Estrutura	Sigla	CBO94	CBO2002
Grandes Grupos	GG	8	10
Subgrupos Principais	SGP	-	47
Subgrupos	SG	86	192
Grupos de base ou famílias	GB	353	596
Ocupações	O	2.356	2.422

Os 10 grandes grupos (GG): formam a categoria de classificação mais agregada. É representada pelo primeiro número do código da família. Os grandes grupos são:

- ✓ 0 Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares
- ✓ 1 Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes
- ✓ 2 Profissionais das ciências e das artes
- ✓ 3 Técnicos de nível médio
- ✓ 4 Trabalhadores de serviços administrativos
- ✓ 5 Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
- ✓ 6 Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca
- ✓ 7 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
- ✓ 8 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
- ✓ 9 Trabalhadores de manutenção e reparação

Existem 47 subgrupos principais (SGP) que são agrupamentos mais restritos que os grandes grupos representados pelos 2 primeiros números do código da família. Além destes SGP, há os 192 subgrupos (SG), também denominados grupos primários, grupos unitários e famílias ocupacionais, que reúnem ocupações que apresentam estreito parentesco tanto em relação à natureza de trabalho quanto aos níveis de qualificações exigidos. Representado pelos 3 primeiros números do código da família. Por fim, têm-se os 596 grupos de base ou famílias ocupacionais (GB), onde se agrupam 2.422 ocupações e cerca de 7.258 títulos sinônimos: é a unidade do sistema de classificação e é representado pelo código total de 4 números.

3.3. Transtornos mentais comuns

O desgaste emocional que as pessoas estão submetidas nas relações sociais nos diversos ambientes em que vivem é bastante significativo para a saúde mental dos indivíduos, inclusive na determinação de transtornos mentais como é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, dentre outras. (BERTOLOTE, 1997).

Ao longo da vida, mais de 25% das pessoas apresentam pelo menos um transtorno mental ou comportamental de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e eles são influenciados pela combinação de diversos fatores, entre eles os biológicos e os psicossociais (OMS, 2001).

Entre estes transtornos se encontram os transtornos mentais comuns (TMC), definidos por Goldberg e Huxley em 1992, que se caracterizam, por um conjunto de sinais e sintomas como insônia, fadiga, irritação, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Alguns estudos revelam que estes transtornos contribuem para cerca de 1/3 dos dias perdidos no trabalho, taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos nas funções sociais e físicas das pessoas (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Pesquisas de base populacional mostram que a prevalência de TMC varia entre 7% a 30%, e estudos brasileiros com algumas ocupações, têm identificado prevalências ainda maiores, como os estudos feitos por Ludermir e Melo Filho (2002), Reis et al. (2005) e Araújo et al. (2005) (GOLDBERG, HUXLEY, 1992; COUTINHO et al., 1995; LUDERMIR E MELO FILHO, 2002)

Reis et al. (2005) realizaram uma investigação para avaliar a o conteúdo do trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns entre professores de Vitória da Conquista, Bahia, e observaram uma prevalência de TMC 55,9% na população. Araújo et al. (2005), em uma pesquisa sobre saúde mental em Feira de Santana/BA, verificaram uma prevalência de 39,4%; Ludermir e Melo-Filho (2002), buscando determinar a prevalência destes transtornos, na população de adultos de Olinda / PE, em uma amostra domiciliar, obtiveram prevalência de 35%.

Apesar dos estudos sobre transtornos mentais comuns em grupos ocupacionais no Brasil terem aumentado ao longo dos anos, ainda é muito restrito o número de pesquisas relacionando transtornos mentais comuns e os industriários. Guimarães e Teixeira (2003), estimaram a prevalência de transtornos mentais

comuns em operários de uma indústria de mineração de ferro em Minas Gerais, e obtiveram uma prevalência de 16,6%. Souza et al. (2010) relacionaram aspectos psicossociais do trabalho aos transtornos mentais comuns em trabalhadores de manutenção de equipamentos e linhas elétricas, na Bahia e em Sergipe, e obtiveram uma prevalência destes transtornos de 20,3%.

3.3.1 General Health Questionnaire (GHQ – 12)

Alguns instrumentos são utilizados para rastrear os transtornos mentais comuns, como o *General Health Questionnaire* (GHQ). Este foi elaborado na Inglaterra por Goldberg (1972) e é usado para detectar distúrbio psiquiátrico não psicótico na população em geral. Ele avalia o estado atual do entrevistado e pergunta se difere do seu estado normal (GOUVEIA et al., 2003).

Em sua versão completa, o GHQ é composto por 60 itens. Posteriormente, foram sendo elaboradas versões reduzidas contendo 30, 28, 20 e 12 itens. Em todas as versões, os itens são avaliados por 4 opções de respostas: 0 = menos do que o habitual, 1 = não mais que de costume, 2 = um pouco mais do que usual, 3 = ou muito mais do que o habitual).

A versão mais resumida do GHQ é composta por 12 itens, e tem propriedades psicométricas comparáveis às versões com mais itens; em geral, necessita de cerca de dois minutos para ser respondido, por isso esta versão é freqüentemente utilizada em estudos de investigação de tempo curto de aplicação, sobretudo em estudos com populações de trabalhadores (PASQUALI et al., 1996).

O GHQ-12 produz apenas uma pontuação global total e os itens consistem em uma escala de quatro pontos (QUADRO 2). A escala de pontuação pode variar de 0 a 3, dependendo do método utilizado. Os principais métodos de escores são: o método GHQ tradicional, dicotomizado, no qual se atribui 0 se os indivíduos escolhem qualquer uma das duas primeiras categorias, ou 1, para escolhas da terceira ou da quarta categoria. Este é o método defendido por Goldberg. Neste estudo, o caso foi definido quando a pontuação global equivale a 3 ou mais; o método *Likert*, no qual às respostas são atribuídas as pontuações de 0, 1, 2 e 3 e o

Likert modificado, com pontuações de 0, 0, 1, 2. Neste estudo, utilizou-se da versão tradicional de Goldberg (BORGES et al. 2002; GOUVEIA et al., 2003).

QUADRO 2. Avaliação da escala psicometrica de métodos de pontuação do GHQ.

Nível de medição	Nome	Referencia	Itens positivos (onde concordam saúde)	Itens negativos (pouca saúde /doença)
Metrica	Continua	Goldberg (1978)	4 valores (0123)	4 valores (0123)
	Positiva	Huppert e Whitngton (2003)	3 valores (0012) [2-1-0-0]	3 valores (0012) N/A
Politomica (ordinal)				
4 categorias / Likert	Convencional	Goldberg (1978)	[0-1-2-3]	[0-1-2-3]
3 categorias / Likert modificado	Colapso - baixo Colapso - alto	Croudace et al.	[0-0-1-2]	[0-0-1-2]
Dicotomica (binaria)				
GHQ score -	Tradicional	Goldberg (1978)	[0-0-1-1]	[0-0-1-1]
Corrigida / GHQ score -	CGHQ	Goodhild e Duncan-Jones (1985)	[0-0-1-1]	[0-1-1-1]
LCA positiva	mudança social positiva	Ploubidis et al (2007)	[1-0-0-0]	N/A

A validação deste instrumento no Brasil, na versão completa, foi realizada por Pasquali et al. (1994), em uma amostra de 902 adultos de população não clínica. Nesta pesquisa, a confiabilidade do instrumento foi verificada através do coeficiente α de Cronbach¹, e este foi equivalente a 0,85. Outras pesquisas nacionais e internacionais também buscaram verificar a adaptação deste instrumento e perceberam que ele é consistente para o que se destina (QUADRO 3).

¹ O alpha de Cronbach (α) é um indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico, sendo por vezes chamado de coeficiente de fidedignidade de uma escala. Foi nomeado como alfa por Cronbach (1951), com intenção de replicar a técnica em outros instrumentos. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento, maior vai ser o valor do α , por esta razão, ele também é conhecido como consistência interna do teste. O α pode assumir valores entre 1 e infinito negativo (embora apenas valores positivos faça sentido). Pesquisadores, como regra geral, postulam que um bom valor do α seria 0,70 ou superior (obtido com uma amostra significativa) e procuram instrumentos com essa especificação antes de utiliza (CAVALCANTI, 2009).

Quadro 3. Estudos nacionais e internacionais de validação do GHQ-12.

AUTOR	AMOSTRA	LOCAL	ALFA DE CRONBACH (α)*
GONZÁLEZ - ROMÁ et al. (1991)	167 pessoas de diferentes organizações ocupacionais, com diferentes funções	Espanha	0,83 *** <i>F 1 - 0,75</i> <i>F 2 - 0,85</i>
GONZÁLEZ- ROMÁ, LLORET, ESPEJO (1993)	112 policiais	Espanha	0,87 <i>F 1 - 0,76</i> <i>F 2 - 0,83</i>
BORGES, ARGOLO (2002)	Duas amostras de empregados (N=288 - 152 bancários e 136 profissionais de saúde) e desempregados (N=158)	Natal / Rio Grande do Norte / Brasil	0,88 <i>F 1 - 0,75</i> <i>F 2 - 0,85</i>
MONTAZERI et al. (2003)	748 jovens com idade entre 18 e 25 anos	Irã	0,87**
GOUVEIA et al. (2003)	305 pessoas da população geral	João Pessoa / Paraíba / Brasil	0,84 <i>F 1 - 0,66</i> <i>F 2 - 0,81</i>

*Alguns estudos avaliaram a consistência interna do questionário através da análise unifatorial, escore global, e outros também verificaram a estrutura bifatorial. Estes dois fatores são: ansiedade, formado por 04 questões (1, 2, 5 e 7) e depressão, formado por 08 itens (3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12)

** Este estudo avaliou a confiabilidade unifatorialmente.

*** Estrutura bifatorial.

4 METODOLOGIA

4.1 Definição do tipo de estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal para estimação da prevalência de TMC em trabalhadores da indústria da Bahia.

Este tipo de estudo se caracteriza pela observação direta de uma população em determinado período de tempo. É apenas no momento da análise dos dados que permite avaliar quem são os grupos de expostos e não expostos e de doentes e não doentes. Os resultados são expressos através da prevalência, que traduz a fração da população que é portadora do evento em consideração (MEDRONHO, 2006; PEREIRA, 2006).

Este tipo de estudo tem como vantagens: simplicidade, baixo custo, rapidez, objetividade na coleta dos dados, facilidade na obtenção da amostra com representatividade na população, apresenta como desvantagens o fato dos dados de exposição atual não representarem os dados das informações passadas, além do que, prevalências baixas exigem uma amostra grande, o que leva a uma dificuldade de ordem operacional.

4.2 Campo do estudo

Esta pesquisa teve como campo de estudo o Estado da Bahia. Este Estado possui 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador. Apresenta uma área geográfica de 564.692.669 km² e população estimada, em 2007, de 14.080.654 habitantes (IBGE, 2008).

Segundo dados da Federação das Indústrias do Estado da Bahia (FIEB), em 2008 existiam aproximadamente 4.800 empresas no Estado. Em 2009, o número de empresas que procuraram áreas para instalar suas fábricas e investir no Estado, cresceu de 88% em relação a 2008 (FIEB, 2008).

Perfil do SESI

O Serviço Social da Indústria (SESI) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com atuação em todo o território nacional. Foi criado em 1º de julho de 1946, pela Confederação Nacional da Indústria, com base no Decreto Lei 9.043 de 25 junho de 1946.

O Departamento Regional do SESI na Bahia integra o Sistema FIEB - Federação das Indústrias do Estado da Bahia, que representa os interesses das indústrias por meio das entidades SESI, SENAI, IEL, CIEB e CAMPI.

O SESI é uma organização de grande porte do setor de serviços, formada por Unidades de Negócio e Núcleos, distribuídos nas regiões de maior concentração de indústrias. Na Bahia, existem oito unidades de negócios e um núcleo localizado em Salvador. As unidades estão localizadas em Juazeiro, Feira de Santana, Salvador (Lucaia), Ihéus e Vitória da Conquista, Camaçari, Valença e Jequié. Destas, apenas 05 realizaram o Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida na Bahia em 2009: Juazeiro, Feira de Santana, Salvador (Lucaia), Ihéus e Vitória da Conquista. (FIGURA 1).

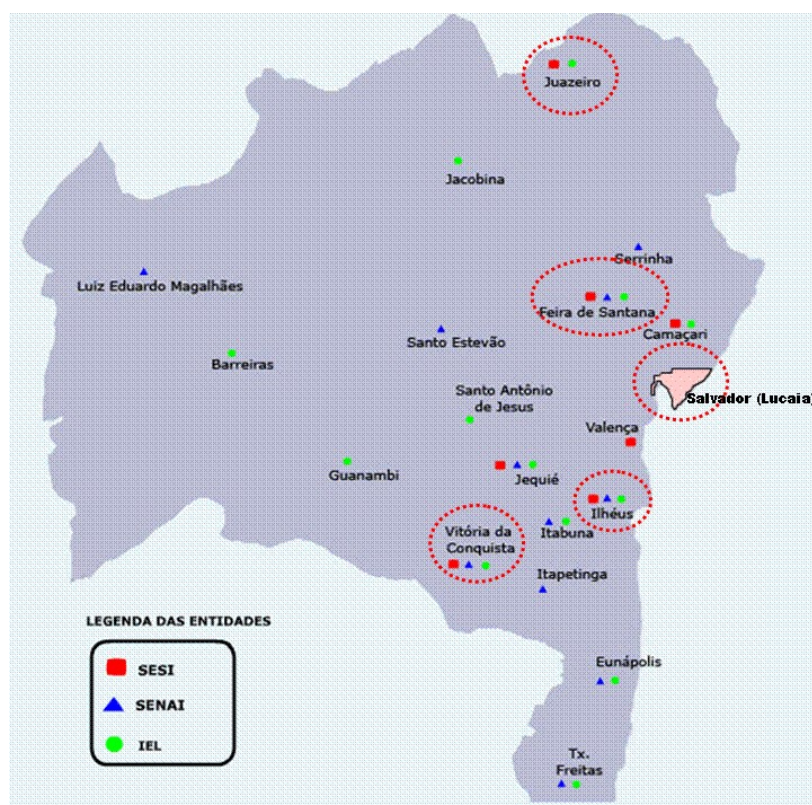


Figura 1. Unidades do SESI na Bahia. 2009.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída dos trabalhadores das empresas cadastradas na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) que participaram, no ano de 2009, do “*Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do Trabalhador da Indústria*” do SESI, e que estavam em efetiva atividade durante o período da coleta de dados (janeiro a dezembro de 2009).

Durante a coleta, consideraram-se inelegíveis para a pesquisa os industriários que se encontravam afastados de suas atividades profissionais por: licenças médica, maternidade, transferidos ou de férias.

Foram cadastrados durante a pesquisa, 59.477 industriários, destes 57.953 foram elegíveis, e 35.472 tiveram seus dados coletados e válidos no Sistema de Gerenciamento Risco Saúde na Indústria (SGRSI) (aqueles com 75,0% do questionário preenchido), o correspondente a 61,2% da população elegível.

4.4 Instrumentos de pesquisa

A coleta dos dados utilizou dois instrumentos. O primeiro composto por dados da empresa (dados comerciais e ramo de atividade segundo Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE) e dos trabalhadores (dados pessoais, NIT, data de admissão, setor de trabalho e Classificação Brasileira de Ocupações – CBO).

O outro instrumento de pesquisa utilizado foi constituído por um questionário estruturado em blocos, denominado “*GRSI – Gerenciamento do Risco Saúde na Indústria: Inventário das condições de saúde*”. Este questionário, auto-aplicável, apresenta os seguintes blocos (ANEXO D):

I – Etiqueta de identificação do questionário: composta pelo número do questionário e código de barras, ambos gerados através do SGRSI, após o cadastramento dos indivíduos no sistema;

II – Dados pessoais do trabalhador: data da aplicação da pesquisa, se aceitou ou não responder o questionário, estado civil e cor/raça;

III – Dados socioeconômicos: escolaridade, renda mensal;

IV – Dados do domicílio e da família do trabalhador: moradia, número de pessoas no domicílio, chefe da família, utensílios em casa;

V – Atividade física do trabalhador: que foi medida através do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) - foi validado para o português, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Centro de Controle e Prevenção de Doenças para investigação de inatividade física em estudos epidemiológicos (MATSUDO, et al.. 2001)

VI – Alimentação: questões envolvendo consumo e freqüência de frutas e verduras, gorduras, refrigerantes e sucos artificiais;

VII – Tabagismo;

VIII - Alcoolismo: através do teste CAGE;

IX – Morbidade referida: doenças cardiovasculares, e doenças crônicas como diabetes e hipertensão;

X – Utilização de serviços de saúde: dados referentes ao acesso a profissionais e serviços de saúde nos últimos 12 meses antes da pesquisa;

XI – Uso de medicamentos: referente ao uso de medicações nos últimos 15 dias antes da pesquisa;

XII – Características do trabalho: absenteísmo, freqüência de trabalho;

XIII - SF – 12: versão resumida do *Medical Outcomes Survey – Short Form*, contendo 12 itens, distribuídos em 8 domínios, e que apresenta um escore que varia de 0 (pior estado geral de saúde) a 100 (melhor estado geral de saúde);

XIV – GHQ – 12: versão resumida do General Health Questionnaire, contendo 12 itens, das 60 da versão completa. Cada item é avaliado em uma escala de quatro pontos (menos do que o habitual, não mais que de costume, um pouco mais do que usual, ou muito mais do que o habitual);

XV – Ficha de aferição de medidas: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal, pressão arterial e glicemia capilar;

XVI – Levantamento de saúde bucal do trabalhador: através da utilização do índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD) recomendado pela OMS para avaliação bucal em estudo epidemiológicos.

Os blocos utilizados no presente estudo foram: II (Dados pessoais do trabalhador), III (Dados socioeconômicos) e XIV (GHQ – 12).

4.5 Estudo piloto e treinamento das equipes

O “Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do trabalhador da indústria” no Brasil foi iniciado em 2007. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto na empresa da cidade de Canoas, Rio Grande do Sul. Este estudo incluiu 291 trabalhadores (210 homens e 81 mulheres), o qual possibilitou a reformulação de algumas perguntas do questionário, a confirmação das prevalências de alguns fatores de risco utilizados no cálculo de tamanho da amostra do estudo realizado em 2006 que traçou o *Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não-transmissíveis em trabalhadores da indústria do Brasil* (SESI, 2006), além de permitir a antecipação de potenciais problemas na coleta de dados e nas orientações fornecidas aos trabalhadores.

O treinamento das equipes para realizar a pesquisa ocorreu nos Departamentos Regionais do SESI, envolvendo os seguintes temas: sensibilização da empresa, a coleta de dados: entrevista com preenchimento do questionário, aferição e registro de medidas e capacitações sobre doenças cardiovasculares, diabetes obesidade e saúde bucal.

4.6 Coleta dos dados

Os dados para realização deste estudo foram obtidos do Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do Trabalhador da Indústria (DSEV) do SESI. Para operacionalização do DSEV, primeiramente o industriário e a indústria foram cadastrados no SGRSI e, posteriormente, realizado o circuito saúde, composto das seguintes etapas (FIGURA 2):

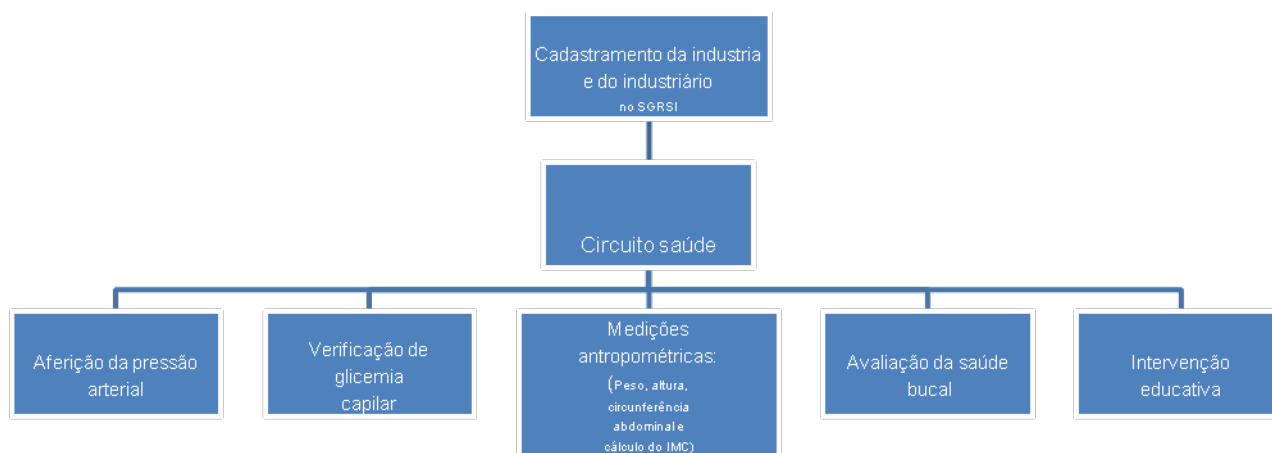


Figura 2. Fluxograma da operacionalização do circuito saúde (DSEV). SESI, 2009.

Durante o circuito saúde, o trabalhador além passar pelos procedimentos de verificação de pressão arterial, glicemia, medidas antropométricas e da saúde bucal, também é submetido a uma intervenção educativa, quando o mesmo recebe orientação sobre uma vida mais saudável, alimentação adequada e prática de exercícios físicos.

4.7 Banco de dados

Os dados coletados foram armazenados no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde na Indústria (SGRSI) e exportados para o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), na versão 10.0 *for Windows* para análise dos dados. Foram também utilizados para análise o Epi Info versão 3.4.1 e o R versão 2.9.0.

4.8 Definição das variáveis de estudo

a) Variável preditora: grupos ocupacionais

Foi avaliada através da CBO 2002, a qual é formada por 10 grandes grupos, 47 subgrupos principais, 192 subgrupos e 596 famílias ocupacionais. Utilizar-se-á para análise das variáveis resposta, os grandes grupos da CBO: forças armadas, policiais e bombeiros militares, membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes, profissionais das ciências e das artes, técnicos de nível médio, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, trabalhadores de manutenção e reparação (ANEXO E).

b) Variável resposta: transtornos mentais comuns

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram avaliados através do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Para o nível de suspeição de TMC, realizou-se o estudo de desempenho do GHQ-12 através da Análise da Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), a fim de se definir os níveis de sensibilidade e de especificidade com melhor desempenho de acordo com o método de pontuação do questionário.

c) Co-variáveis:

Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo; estado civil – casado / união estável, solteiro, divorciado/viúvo; faixa etária (até 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 60 anos e acima de 60 anos); raça / cor da pele (branco, pardo, preto, indígena, amarelo); escolaridade (ensinos fundamental, médio, superior e pós-graduação); renda mensal (até 1 salário mínimo, entre 3 e 5 salários, 5 e 10 e acima de 10 salários). Foram avaliadas também variáveis ocupacionais: carga horária de trabalho semanal (até 40 horas e acima de 40 horas); dias de trabalho na semana (até 6 dias e acima de 6 dias); trabalha no mesmo horário e se trabalha a noite.

4.9 Análise dos dados

No momento inicial, foi realizada a análise da qualidade do banco através da listagem das freqüências simples das variáveis, para verificar a qualidade da digitação e correção de possíveis erros encontrados.

Em seguida, procedeu-se a uma análise descritiva dos dados para caracterização da população estudada segundo as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor/raça, escolaridade, renda mensal) e características do trabalho (absenteísmo, freqüência de trabalho), através da distribuição das freqüências absolutas e relativas e por meio das medidas de tendência central e de variação (média, mediana, amplitude dos dados e desvio padrão). Também foi realizada a descrição das variável principal, transtornos mentais comuns (TMC), e grupos ocupacionais (GG) segundo a classificação brasileira de ocupações (CBO 2002). Para a descrição da variável TMC, que é dicotômica, foi feita a distribuição das taxas de prevalência dos possíveis casos de doentes e não casos, além das razões entre essas taxas.

Após a análise descritiva, conduziu-se a análise de associação bruta para avaliar a relação entre os grupos ocupacionais e os transtornos mentais comuns. Foram calculadas as prevalências e as razões de prevalência. Para avaliação da associação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de Wald, adotando-se p valor $\leq 0,05$ para associações estatisticamente significantes.

Para verificar a interação das variáveis do estudo, fez-se uso da modelagem de dados estatístico através da Análise de Regressão Logística Multivariada (ARLM), que é adequada para análises onde a variável resposta é dicotômica. Através deste modelo, buscou-se verificar o efeito dos grupos ocupacionais sobre os transtornos mentais comuns, considerando o efeito das demais variáveis analisadas (sociodemográficas e ocupacionais) (KLEINBAUM, 1994, HOSMER, LEMESHOW, 2000).

Esta análise foi conduzida segundo os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (1989), incluindo os seguintes passos:

1. Seleção das variáveis a partir do objetivo do estudo;
2. Verificação dos pressupostos do modelo;
3. Pré-seleção das variáveis para inserção na análise por meio do teste de verossimilhança, tendo como um p -valor $\leq 0,25$;

4. A ARLM, propriamente dita, usando procedimento de Backward adotando o critério de significância $p < 0,10$, para obtenção do modelo final.

A análise de regressão logística produz como medida de associação a *odds ratio*, assim, baseada na estimativa das probabilidades de transtornos mentais comuns segundo os grandes grupos ocupacionais, converteu-se a *odds ratio* em razão de prevalência. Neste caso, o conceito de ajuste é tido com predição condicional, onde a média dos ajustantes (co-variáveis) é usada na estimação da prevalência em cada grupo (OLIVEIRA, SANTANA, LOPES, 1997).

A escolha das variáveis preditoras obedeceu a apresentação do valor de $p < 0,25$ no teste da razão de verossimilhança (definida como a probabilidade de se observar os dados efetivamente observados, em função do modelo probabilístico), o que permite a entrada no modelo de variáveis que se tornam significativas quando em conjunto com os demais preditores. Na análise, as variáveis que apresentaram $p > 0,10$ no teste estatístico de Wald foram excluídas uma por vez (KLEINBAUM, KLEIN, 2002).

A bondade do ajuste do modelo foi analisada através da comparação da log-verossimilhança do modelo completo com o modelo apenas com o intercepto.

Os dados foram armazenados no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde na Indústria (SGRSI) e depois exportados para o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), na versão 10.0 *for Windows* para análise dos dados. Foram também utilizados para análise o Epi Info versão 3.4.1 e o R versão 2.11.1.

4.10 Aspectos éticos

O diagnóstico de saúde e estilo de vida (DSEV) desenvolvido pelo SESI é uma das atividades permanentes do Programa Indústria Saudável, também desenvolvido pelo SESI. O DSEV é uma atividade de vigilância em saúde focada nas doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco seguindo a estratégia global da Organização Mundial da Saúde e cobre os níveis 1 e 2 desta estratégia, aplicação de questionários e realização de medidas físicas. Os resultados obtidos são utilizados pelo serviço médico das empresas, juntamente com o SESI, para a

organização de intervenções de saúde. Portanto o DSEV é um serviço de saúde e não uma pesquisa e não foi submetido a nenhum comitê de ética em pesquisa.

Apesar do objetivo não ser o primariamente acadêmico, os instrumentos na coleta de dados aqueles já validados cientificamente e da mesma forma os equipamentos e métodos utilizados nas medições físicas seguem o padrão internacional. A participação de cada trabalhador é voluntária e o mesmo assina um termo de consentimento antes da realização da entrevista e das medições (ANEXO C).

Conforme política de utilização do banco de dados do DSEV, a base de dados secundários gerada por este serviço e sem a identificação individual dos trabalhadores e das empresas pode ser utilizada na realização de estudos acadêmicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo 106/2010 seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, seguindo os quatros referenciais básicos da Bioética: a autonomia, maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA BAHIA¹

PREVALENCE OF COMMON MENTAL DISORDERS IN INDUSTRIAL WORKERS OF BAHIA

Ilva Santana Santos Fonseca
Tânia Maria de Araújo

RESUMO

Os estudos relacionando os transtornos mentais e os grupos ocupacionais têm aumentado ao longo do tempo, mas apesar deste aumento, ainda se verifica um número restrito envolvendo os trabalhadores da indústria. O presente estudo objetivou estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) entre os industriários do Estado da Bahia e verificar se existe associação entre a prevalência destes transtornos e a ocupação. Tratou-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, realizado no Estado da Bahia entre os industriários, onde foram estudados 41.639 trabalhadores da indústria, dos 57.953 que foram cadastrados no sistema de gerenciamento de risco na indústria, o que corresponde a 70,0% desta população. Para mensuração dos transtornos mentais utilizou-se o GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) e para análise dos grupos ocupacionais, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) foi utilizada. Observou-se que houve predominância dos indivíduos no grande grupo ocupacional GG7 (59,1%). A prevalência global de TMC na população foi de 11,6%. A associação dos transtornos mentais com os grupos ocupacionais revelou que o grupo ocupacional com maior prevalência dos transtornos foi GG4 (13,2%; RP = 1,3; $p < 0,05$) em relação ao grupo de referência, GG3. Após o ajuste pelas co-variáveis, os grupos GG1 e GG2, apresentaram as maiores prevalências (RP = 2,4, $p = 0,00$ e RP = 2,3, $p = 0,0$, respectivamente) em relação ao grupo de referência (GG3), sendo a diferença observada estatisticamente significativa. Este estudo permitiu traçar a distribuição dos TMC entre as ocupações dos industriários baianos, gerando informações que poderão ser aprofundadas com a análise de variáveis sobre condições e organização do trabalho. Além disso, as informações obtidas dão subsídios para a criação de estratégias, no âmbito ocupacional, que venham a contribuir para a saúde mental da população industrial.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, saúde do trabalhador, ocupações, GHQ

ABSTRACT

The studies linking mental disorders and occupational groups have increased over time, but despite this increase, there is still a small number involving industrial workers. The present study estimated the prevalence of common mental disorders (CMD) among industrial workers of the State of Bahia and to investigate the association between the prevalence of these disorders and occupation. This was an epidemiological study, with a cross-performed in the State of Bahia between industrialists, where he studied 41,639 industrial workers, of which 57,953 were registered in the system of risk management in the industry corresponding to 70.0% this population. For measurement of mental disorders used the GHQ-12 (General Health Questionnaire) and analysis of occupational groups, the Brazilian Classification of Occupations (CBO) was used. It was observed that were prevalent in large occupational group GG7 (59.1%). The overall prevalence of CMD in the population of 11.6%. The association of mental disorders with occupational groups showed that the occupational group with the highest prevalence of disorders was gg4 (13.2%, PR = 1.3, $p < 0.05$). After adjustment for covariates, the groups GG1 and GG2, had the highest prevalence (PR = 2.4, $p = 0.00$ and PR = 2.3, $p = 0.0$, respectively) compared to group reference (GG3), the observed difference statistically significant. This study allows us to trace the distribution of CMD among the occupations of industrial workers in Bahia, generating information that can be deepened with the analysis of variables on conditions and work organization. Moreover, information obtained provide a basis for creating strategies within occupational, that may contribute to the mental health industry.

Keywords: mental common disorders, occupational health, occupations, GHQ

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o cenário mundial mudou consideravelmente, refletindo transformações econômicas, culturais, sociais e políticas (FRANCO, DRUCK, SELIGMAN-SILVA, 2010). Estas modificações interferiram no âmbito da estrutura ocupacional, exigindo um novo olhar para o ambiente de trabalho e a vida dos trabalhadores.

Um dos setores ocupacionais que apresentou essas mudanças foi o industriário, que vem crescendo ao longo dos anos no Brasil. De 1996 a 2008, o número de indústrias no Brasil apresentou um aumento em torno de 260,0%, concomitante com a desconcentração do setor da região sudeste do país para as demais regiões (FIEB, 2009; ABRIL, 2011).

A expansão industrial e as novas modalidades de gestão e produção neste setor têm instigado a realização de estudos, de diferentes áreas científicas, inclusive na área da saúde, que tem buscado relacionar o perfil de saúde-doença e as características das ocupações. Estas pesquisas têm relacionado as condições e a organização de trabalho, com diversas variáveis como comportamento de risco, auto-avaliação da saúde, estresse, prevalência de doenças físicas crônicas, como hipertensão arterial, e psíquicas como transtornos mentais (NAHAS et al., 2001, HÖFELMANN, BLANK, 2007, FONSECA et al., 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007), a saúde mental se define com um estado de bem-estar no qual o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões da vida, trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sociedade.

Um projeto da OMS, iniciado em 2000, denominado Projeto Atlas, teve como objetivo cartografar a saúde mental de todo o mundo, e como um dos resultados verificou-se que uma em cada quatro pessoas no planeta terá algum transtorno mental ou neurológico em algum momento da vida (OPAS, 2005).

A definição de transtornos mentais comuns (TMC), adotada neste estudo, foi elaborada por Goldberg e Huxley (1992) e refere-se a uma expressão para designar transtornos mentais caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR, MELO-FILHO, 2002). Estudos mostram uma prevalência de TMC entre 7% e 30%, no mundo, e também

revelam que cerca de 1/3 dos dias perdidos de trabalho, taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos nas funções sociais e físicas das pessoas estão relacionados a existência de transtornos mentais (COSTA et al., 2002, LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Em levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) (2010), utilizando-se os descritores transtornos mentais comuns, saúde mental, industriários e indústria, observou-se apenas quatro referências de pesquisas sobre saúde mental e industriários. Uma delas, conduzida por Nelson et al. (1994), relacionou doenças neuropsiquiátricas e absorção de solventes em uma indústria automobilística em Ohio, Estados Unidos. Benavides et al. (2002) estudaram fatores psicossociais em quatro empresas espanholas segundo características sociodemográficas. No Chile, Molina e Miasso (2008) verificaram a prevalência de consumo de benzodiazepínicos entre empregados de uma empresa privada.

No Brasil, estudos apontaram relação do trabalho com a morbidade psiquiátrica. Guimarães e Teixeira (2003) estimaram a prevalência de transtornos mentais comuns em operários de uma indústria de mineração de ferro em Minas Gerais, que trabalhavam em turnos alternados, e obtiveram uma prevalência de 16,6%. Souza et al. (2010) relacionaram aspectos psicossociais do trabalho aos transtornos mentais comuns em trabalhadores de manutenção de equipamentos e linhas elétricas, na Bahia e em Sergipe, e obtiveram uma prevalência destes transtornos de 20,3%.

Apesar dos estudos sobre transtornos mentais comuns em grupos ocupacionais no Brasil terem aumentado ao longo dos anos, ainda é restrito o número de pesquisas relacionando transtornos mentais comuns e os industriários. Assim, partindo-se desta necessidade, em um contexto caracterizado pelo mercado de trabalho cada vez mais exigente, mutante, competitivo, com demanda crescente de profissionais com diversas competências, as interferências na vida psicológica e social dos trabalhadores parecem ter sido intensificadas. A avaliação da situação de saúde mental dos trabalhadores nos mais diferentes contextos laborais, pode levar ao redimensionamento de características do trabalho, podendo ser ferramenta importante na estruturação de ações para a proteção e promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho. Nesta perspectiva, este estudo objetivou estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns entre os industriários do Estado da Bahia e avaliar a associação com a ocupação neste setor.

METODOLOGIA

Definição do tipo de estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, realizado no Estado da Bahia com os industriários. A Bahia possui 417 municípios, uma área geográfica de 564.692.669 km², população industrial estimada em 284.178 trabalhadores e mais de 5.802 empresas industriais (GUIA INDUSTRIAL DO ESTADO DA BAHIA; 2010, IBGE, 2010).

População do estudo

A população do estudo foi constituída por trabalhadores das empresas cadastradas na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) que participaram, no ano de 2009, do “*Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do Trabalhador da Indústria*” do SESI, e que estavam em efetivo exercício profissional durante o período da coleta de dados (janeiro a dezembro de 2009).

Durante a coleta, consideraram-se inelegíveis para a pesquisa os industriários que se encontravam afastados de suas atividades profissionais por: licenças médicas, maternidade, transferidos ou de férias.

Foram considerados elegíveis todos os industriários cadastrados durante a pesquisa, totalizando 59.477 trabalhadores. Destes, 57.953 foram incluídos na pesquisa (mais de 75% dos dados do questionário preenchido no sistema). A população estudada correspondeu a 41.639 trabalhadores que tiveram seus dados válidos no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde na Indústria (SGRSI), o correspondente a 70,0% da população cadastrada.

Instrumento de pesquisa

Para rastrear os transtornos mentais comuns utilizou-se o *General Health Questionnaire* (GHQ), instrumento elaborado por Goldberg (1972) com a finalidade de detectar distúrbios psiquiátricos não psicóticos nos contextos comunitários e ocupacionais, a partir das respostas relatadas pelo entrevistado no momento da pesquisa. O GHQ é um instrumento auto-aplicável usado para detectar distúrbios neuróticos. Inicialmente foi composto por 60 itens, sendo posteriormente

apresentado em versões resumidas, contendo 30, 20 e, por fim, 12 itens, sem ter sua confiabilidade comprometida (GOUVEIA et al., 2003).

A versão utilizada neste estudo foi a reduzida com 12 questões (GHQ-12) (PASQUALI et al., 1996, GOUVEIA et al., 2003).

O GHQ-12 é composto por cinco fatores: tensão ou estresse psíquico (destaca experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga), desconfiança no próprio desempenho (expressa a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória), distúrbios do sono (relacionado a problemas com o sono, como insônias e pesadelos), distúrbios psicossomáticos (refere-se a problemas de ordem orgânica, como dores de cabeça, fraqueza e calafrios) e o fator geral para avaliar ausência de saúde mental (referente a severidade da falta de saúde mental) (PASQUALI et al., 1996).

Os itens de resposta do GHQ-12 consistem em uma escala de quatro pontos, do tipo Likert, que variam de “menos que o habitual” até “muito mais do que o habitual”. De acordo com o método tradicional de Goldberg, utilizado neste estudo, a apuração da resposta é realizada através do valor atribuído aos pontos dos itens, sendo dado o valor 0 (se o indivíduo escolher qualquer uma das duas primeiras alternativas da pergunta: ‘melhor que o habitual’ ou ‘o mesmo de sempre’) e 1 (se a escolha for pela terceira ou pela quarta alternativa: ‘menos que o habitual’ ou ‘muito menos que o habitual’) (PASQUALI et al., 1996).

A validação deste instrumento no Brasil, foi realizada por Gouveia et al. (2003), em uma amostra de 306 adultos da população de João Pessoa, Paraíba, onde a confiabilidade do instrumento foi verificada através do coeficiente α de *Cronbach*, obtendo-se 0,84. Outras pesquisas nacionais e internacionais também buscaram verificar a adaptação deste instrumento. Os dados evidenciam que o GHQ é consistente para o que se destina (QUADRO 1).

Quadro 1. Estudos nacionais e internacionais de validação do GHQ-12.

AUTOR	AMOSTRA	LOCAL	ALFA DE CRONBACH
GONZÁLEZ-ROMÁ et al. (1991)	167 pessoas de diferentes organizações ocupacionais, com diferentes funções	Espanha	0,83
GONZÁLEZ-ROMÁ, LLORET, ESPEJO (1993)	112 policiais	Espanha	0,87
BORGES, ARGOLO (2002)	Duas amostras de empregados (N=288 - 152 bancários e 136 profissionais de saúde) e desempregados (N=158)	Natal / Rio Grande do Norte / Brasil	0,88
MONTAZERI et al. (2003)	748 jovens com idade entre 18 e 25 anos	Irã	0,87

Definição das variáveis de estudo

d) *Variável resposta*: transtornos mentais comuns

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram avaliados através do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e para verificar o nível de suspeição de TMC, realizou-se estudo de desempenho do GHQ-12 através da Análise da Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), a fim de se definir os níveis de sensibilidade e de especificidade com melhor desempenho de acordo com o método de pontuação do questionário.

O perfil sintomático neste estudo foi definido através da relação com o percentil correspondente na Tabela de Normas da Amostra de Padronização do Manual Técnico de Aplicação do GHQ – adaptação brasileira (PASQUALI, 1996), que se adequou ao percentil 90, tendo como ponto de corte a pontuação equivalente a 3 ou mais que três respostas (PASQUALI et al., 1996).

O ponto de corte de melhor desempenho encontrado neste estudo, também foi de 3 ou mais de três respostas positivas, com uma sensibilidade de 99,4% e especificidade de 96,1%, e área sob a curva ROC de 0,987 com um desvio padrão

de 0,001 e intervalo de 95% de confiança variando de 0,985 a 0,989 apontando assim um nível excelente de discriminação entre casos e não casos.

e) *Variável preditora*: grupos ocupacionais segundo CBO

Neste estudo, os grupos ocupacionais foram definidos de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (2002). De acordo com a CBO, existem 10 grandes grupos de ocupações, 47 subgrupos principais (SGP) que são agrupamentos mais restritos que os grandes grupos, 192 subgrupos (SG), também denominados de grupos primários, grupos unitários e famílias ocupacionais, que reúnem ocupações que apresentam estreito parentesco tanto em relação à natureza de trabalho quanto aos níveis de qualificações exigidos, 596 grupos de base ou famílias ocupacionais (GB), onde se agrupam 2.422 ocupações.

Os dez grandes grupos ocupacionais segundo a CBO são:

- GG0 Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares
- GG1 Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes
- GG2 Profissionais das ciências e das artes
- GG3 Técnicos de nível médio
- GG4 Trabalhadores de serviços administrativos
- GG5 Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
- GG6 Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca
- GG7 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (artesanais)
- GG8 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (produção)
- GG9 Trabalhadores de manutenção e reparação

As ocupações do setor industrial estudadas foram agrupadas nesses 10 grandes grupos ocupacionais.

f) Co-variáveis:

Além dos 10 grandes grupos ocupacionais foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo; situação conjugal – casado / união estável, solteiro, divorciado/viúvo; faixa etária (até 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 60 anos e acima de 60 anos); raça / cor da pele (branco, negra, indígena, amarelo); escolaridade (ensinos fundamental, médio, superior e pós-graduação); renda mensal (até 1 salário mínimo, entre 3 e 5 salários, 5 e 10 e acima de 10 salários). Foram avaliadas também variáveis ocupacionais: carga horária de trabalho semanal (até 40 horas e acima de 40 horas); dias de trabalho na semana (até 6 dias e acima de 6 dias); trabalha no mesmo horário e se trabalha a noite.

Análise dos dados

Foi conduzida análise descritiva para conhecimento do perfil sociodemográfico da população (sexo, situação conjugal, faixa etária, cor/raça, escolaridade e renda mensal) e características do trabalho (carga horária de trabalho diária, dias de trabalho semanal, se trabalha no mesmo horário e se trabalha à noite) da população estudada, além da distribuição das proporções de trabalhadores entre os grandes grupos ocupacionais da Classificação Brasileira de Ocupações.

Após a análise descritiva, conduziu-se a análise de associação bruta para avaliar a relação entre os grupos ocupacionais e os transtornos mentais comuns. Foram calculadas as prevalências e as razões de prevalência. Para avaliação da associação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de Person, adotando-se p valor $\leq 0,05$ para associações estatisticamente significantes.

Para verificar o efeito simultâneo das variáveis do estudo, fez-se uso da modelagem de dados estatístico através da Análise de Regressão Logística Multivariada (ARLM), que é adequada para análises onde a variável resposta é dicotômica. Através deste modelo, buscou-se verificar o efeito dos grupos ocupacionais sobre os transtornos mentais comuns, considerando o efeito das demais variáveis analisadas (sociodemográficas e ocupacionais) (KLEINBAUM, 1994; HOSMER, LEMESHOW, 2000).

A análise de regressão logística produz como medida de associação a *odds ratio*, assim, baseada na estimativa das probabilidades de transtornos mentais

comuns segundo os grandes grupos ocupacionais, foram estimadas as razões de prevalência. Neste caso, o conceito de ajuste é tido com predição condicional, onde a média dos ajustantes (co-variáveis) é usada na estimação da prevalência em cada grupo (OLIVEIRA, SANTANA, LOPES, 1997).

A escolha das variáveis preditoras obedeceu a apresentação do valor de $p < 0,25$ no teste da razão de verossimilhança (definida como a probabilidade de se observar os dados efetivamente observados, em função do modelo probabilístico), o que permite a entrada no modelo de variáveis que se tornam significativas quando em conjunto com os demais preditores. Na análise, as variáveis que apresentaram $p > 0,10$ no teste estatístico de Wald foram excluídas uma por vez (KLEINBAUM, KLEIN, 2002).

A bondade do ajuste do modelo foi analisada através da comparação da log-verossimilhança do modelo completo com o modelo apenas com o intercepto.

Os dados foram armazenados no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde na Indústria (SGRSI) e depois exportados para o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), na versão 10.0 for Windows para análise dos dados. Foram também utilizados para análise o Epi Info versão 3.4.1 e o R versão 2.11.1.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo 106/2010 seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, seguindo os quatros referenciais básicos da Bioética: a autonomia, maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

A tabela 1 descreve as características sociodemográficas da população de industriários. Os dados do estudo revelaram uma população predominantemente masculina (82,9%), na faixa etária de 26 a 35 anos (41,0%) (média de $35,3 \pm 10,0$ anos), da cor negra (50,8%), casados / união estável (57,8%), com renda média mensal de 1 a 3 salários mínimos (76,8%) e com nível de escolaridade no ensino médio (47,8%).

As características do trabalho estão apresentadas na tabela 2. Houve predomínio dos indivíduos com carga horária de trabalho semanal acima de 40 horas (61,3%), trabalhando até seis dias por semana (88,0%), em um mesmo horário todos os dias (87,8%) e sem trabalhar à noite pelo menos um dia na semana (78,8%).

Ao se distribuir a população segundo os grandes grupos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o grupo GG7 (trabalhadores da produção de bens e serviços industriais) concentrou a maioria dos trabalhadores (59,1%), seguido pelo GG4 (trabalhadores de serviços administrativos) (10,8%) (TABELA 2).

Tabela 1. Caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas e de trabalho. Bahia, 2009.

Variáveis (N)	n	%
<i>Sexo (41.418)</i>		
Masculino	34348	82,9
Feminino	7070	17,1
<i>Faixa etária (41.625)</i>		
Até 25 anos	6792	16,3
De 26 a 35 anos	17079	41,0
De 36 a 45 anos	10101	24,3
De 46 a 60 anos	6854	16,5
Acima de 60 anos	799	1,9
<i>Raça / cor da pele (39.788)</i>		
Branco	6293	15,8
Negro	31950	80,3
Amarelo	926	2,3
Indígena	619	1,6
<i>Situação conjugal (40.993)</i>		
Casado / união estável	23709	57,8
Solteiro	15946	38,9
Divorciado /Viúvo	1338	3,3
<i>Renda média (40.373)</i>		
Até 1 SM	3009	7,5
1 SM à 3 SM	31060	76,8
Acima de 3 SM a 5 SM	3583	8,9
Acima de 5 SM a 10 SM	1849	4,6
Acima de 10 SM	872	2,2
<i>Escolaridade (41.222)</i>		
Nunca estudou	509	1,2
Ensino fundamental	14877	36,1
Ensino médio	19673	47,8
Ensino superior	4999	12,1
Pós-graduação	1164	2,8

Houve perdas nas variáveis: sexo (220), faixa etária (13), raça / cor da pele (1850), situação conjugal (645) e renda média mensal (1265), escolaridade (416).

Tabela 2. Distribuição da população segundo características do trabalho. Bahia, 2009.

Variável (N)	n	%
<i>Carga horária semanal (41223)</i>		
Até 40 horas	25289	61,3
Acima de 40 horas	15934	38,7
<i>Dias de trabalho semanal (41144)</i>		
Até 6 dias	36189	88,0
Acima de 6 dias	4955	12,0
<i>Trabalha no mesmo horário (41158)</i>		
Sim	36138	87,8
Não	5020	12,2
<i>Trabalha à noite (40493)</i>		
Sim	8565	21,2
Não	31928	78,8
<i>Grandes grupos ocupacionais** (39104)</i>		
GG1 - organizações de interesse público e de empresas e gerentes	539	1,4
GG2 - Profissionais das ciências e das artes	1041	2,7
GG3 - Técnicos de nível médio	2294	5,9
GG4 - Trabalhadores de serviços administrativos	4215	10,8
GG5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	1754	4,5
GG6 - Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2790	7,1
GG7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	23123	59,1
GG8 - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2162	5,5
GG9 - Trabalhadores de manutenção e reparação	1186	3,0

* Houve perdas: 495 para dias de trabalho, 416 para carga horária, 481 para trabalha no mesmo horário, 1146 para trabalha à noite, 415 para carga horária de trabalho e 494 para dias de trabalho semanal.

A prevalência global de transtornos mentais comuns foi de 11,2%. Ao se distribuir a população de industriários entre as subescalas do GHQ-12, os resultados mostraram prevalências mais elevadas de trabalhadores com perfil sintomático na subescala desconfiança do próprio desempenho (8,5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da população de acordo com as subescalas do GHQ-12. Bahia, 2009.

Variável (N)	n	%
<i>Estresse psíquico (24158)</i>		
Normal	23663	98,0
Perfil sintomático	495	2,0
<i>Desconfiança do próprio desempenho (41000)</i>		
Normal	37525	91,5
Perfil sintomático	3475	8,5
<i>Distúrbios do sono (41013)</i>		
Normal	39808	97,1
Perfil sintomático	1205	2,9
<i>Distúrbios psicossomáticos (8125)</i>		
Normal	7960	98,0
Perfil sintomático	165	2,0
<i>TMC (41380)</i>		
Normal	36574	88,4
Sintomático	4806	11,6

* Houve perdas: 17481 para a escala de estresse psíquico, 639 para desconfiança do desempenho, 626 para distúrbios do sono e 33514 para distúrbios psicossomáticos e para TMC de 259.

A associação bruta das características sociodemográficas com os transtornos mentais revelou que as prevalências menores foram observadas com o aumento da idade, sendo os trabalhadores menos atingidos aqueles com mais de 60 anos, e com nível de escolaridade mais baixo. Os homens e com renda acima de 5 salários mínimos e que nunca estudaram, apresentaram as maiores prevalências. As prevalências de TMC entre os estratos na variável cor / raça, foram semelhantes, apresentando significância apenas entre negros. Quanto ao uso abusivo de álcool, não houve significância estatística na associação com TMC (TABELA 4).

Com relação às características ocupacionais, as prevalências se mantiveram quase as mesmas entre os estratos das variáveis analisadas, apresentando significância em algumas delas. Aquelas trabalhadores que trabalhavam acima de 40 horas semanais e acima de 6 dias por semana, mostraram 10,0% a mais de prevalência de transtornos mentais comuns, comparados aos que tinham carga horária menor que 40 horas e até 6 dias de trabalho na semana. Os indivíduos que trabalhavam pelo menos um dia na semana à noite tiveram 20% a mais de prevalência de TMC em relação àqueles que não trabalhavam a noite.

O grupo ocupacional, com maior prevalência de TMC foi o GG4 (13,2%) (trabalhadores de serviços administrativos) e com menor o GG3 (5,0%), o qual foi tomado como grupo de referência para comparação dos grupos. Essa escolha foi feita em função de não haver justificativa teórica na literatura que defina, entre os grandes grupos ocupacionais da CBO, o grupo de referência para estudos sobre transtornos mentais comuns (TABELA 5).

Tabela 4. Prevalência de transtornos mentais comuns entre os industriários segundo variáveis sociodemográficas. Bahia, 2009.

Variáveis (N)	TMC		RP	Valor de p
	n	%		
Sexo (41.161)				
Masculino	4081	12,0	-	-
Feminino	705	10,1	0,8	<0,001
Faixa etária (41.367)				
Até 25 anos	855	12,6	-	-
26 a 35 anos	2067	12,6	1,0	0,33
36 a 45 anos	1164	11,6	0,9	0,04
46 a 60 anos	658	9,7	0,8	<0,001
Acima de 60 anos	60	7,5	0,6	<0,001
Cor / raça (39.663)				
Branco	809	12,9	-	-
Negro	3581	22,6	0,9	<0,001
Amarelo	130	14,1	1,1	0,30
Indígena	81	13,2	1,0	0,83
Situação conjugal (40.855)				
Casado / vive junto	2432	10,3	-	-
Solteiro	2080	13,1	1,3	<0,001
Divorciado / viúvo	219	16,4	1,6	<0,001
Renda mensal (40.242)				
Até 1 SM	497	16,6	1,0	0,92
1 SM à 3 SM	3173	10,2	0,6	<0,001
3 SM a 5 SM	503	14,1	0,8	0,04
5 SM a 10 SM	329	17,9	1,1	0,47
Acima de 10 SM	146	16,8	-	-
Escolaridade (41.080)				
Nunca estudou	30	5,9	0,3	<0,001
Ensino fundamental	1085	7,3	0,4	<0,001
Ensino médio	2429	12,4	0,6	<0,001
Ensino superior	981	19,7	1,0	0,52
Pós-graduação	238	20,6	-	-

Houve perdas nas variáveis: sexo (478), faixa etária (272), raça / cor da pele (1976), situação conjugal (784), renda média mensal (1397), escolaridade (559).

Tabela 5. Prevalência de transtornos mentais comuns entre os industriários segundo variáveis ocupacionais. Bahia, 2009.

Variáveis (N)	TMC		RP	Valor de p
	n	%		
<i>Carga horária semanal (41091)</i>				
Até 40 horas	2851	11,3	-	-
Acima de 40 horas	1914	12,0	1,1	0,02
<i>Dias de trabalho semanais (41054)</i>				
Até 6 dias	4115	11,4	-	-
A partir de 6 dias	643	13,0	1,1	<0,001
<i>Trabalha no mesmo horário (41024)</i>				
Sim	4179	11,6	-	-
Não	566	11,3	1,0	0,56
<i>Trabalha à noite (40364)</i>				
Sim	1121	13,1	1,2	<0,001
Não	3518	11,8	-	-
<i>Grandes grupos ocupacionais** (38854)</i>				
GG1 - organizações de interesse público e de empresas e gerentes	64	11,9	2,4	<0,001
GG2 - Profissionais das ciências e das artes	106	10,2	2,0	<0,001
GG3* - Técnicos de nível médio	115	5,0	-	-**
GG4 - Trabalhadores de serviços administrativos	553	13,2	2,6	<0,001
GG5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	204	11,7	2,3	<0,001
GG6 - Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	343	12,3	2,5	<0,001
GG7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2778	12,1	2,4	<0,001
GG8 - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	221	10,3	2,1	<0,001
GG9 - Trabalhadores de manutenção e reparação	128	10,9	2,2	<0,001

Houve perdas nas variáveis: sexo (478), faixa etária (272), raça / cor da pele (1976), situação conjugal (784), renda média mensal (1397), escolaridade (559), carga horária de trabalho (548) e dias de trabalho semanal (585).

* Utilizou-se o grupo GG3 como referência, por não haver na literatura justificativa teórica para a definição de um grupo de referência, além deste ter apresentado a menor prevalência de TMC.

** Grupo de referência.

Na tabela 6, são descritos os resultados da análise multivariada, realizada com o objetivo de verificar o efeito que as co-variáveis exerceram sobre a relação da prevalência dos transtornos mentais segundo os grupos ocupacionais.

Todas as co-variáveis tiveram o valor de p do teste de razão de verossimilhança, abaixo de 0,25 e foram introduzidas no modelo de regressão. Na análise de ajustamento do modelo, a variável cor / raça ($p = 0,11$), que apresentou $p > 0,10$ no teste estatístico de Wald foi excluída do modelo (TABELA 6).

Verificou-se que houve modificação nas prevalências de TMC entre os grupos após a regressão. As prevalências diminuíram em quase todos os grupos, excetos no GG4, que se manteve a mesma, e no GG2 que aumentou. Este resultado demonstrou uma provável ação de amenização ou de aumento do efeito esperado, através destas co-variáveis, sobre a associação dos grupos ocupacionais com os transtornos mentais comuns. Os grupos que apresentaram as razões de prevalências maiores em relação ao grupo de referência, após o ajustamento, foram os grupos dos trabalhadores das organizações de interesse público e de empresas e gerentes (GG1) e profissionais das ciências e das artes (GG2). O modelo se mostrou bem ajustado ($X^2 = 814,71$; $p_{\text{valor}} = 0,00$) (TABELA 6).

Tabela 6. Análise da regressão logística multivariada para transtornos mentais comuns em industriários. Bahia, 2009.

Variáveis (N)	RP bruta		RP ajustada	
	RP	Valor de p	RP	Valor de p
GG1 - organizações de interesse público e de empresas e gerentes	2,4	<0,001	2,4	<0,001
GG2 - Profissionais das ciências e das artes	2,0	<0,001	2,3	<0,001
GG3 - Técnicos de nível médio	-	<0,001	-	<0,001
GG4 - Trabalhadores de serviços administrativos	2,6	<0,001	2,1	<0,001
GG5 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	2,3	<0,001	1,6	<0,001
GG6 - Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2,5	<0,001	1,6	<0,001
GG7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2,4	<0,001	1,8	<0,001
GG8 - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2,1	<0,001	1,7	<0,001
GG9 - Trabalhadores de manutenção e reparação	2,2	<0,001	1,6	<0,001

A associação foi ajustada pelas seguintes variáveis, de acordo com o $p_{\text{valor}} < 0,25$ do teste de razão de verossimilhança: Sexo, faixa etária, renda mensal, situação conjugal, carga horária, dias de trabalho semanais, trabalha no mesmo horário, e trabalha a noite (todas com $p = 0,00$) e escolaridade ($p = 0,01$).
Bondade do ajuste ($X^2 = 814,71$; $p_{\text{valor}} = 0,00$)

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC na população estudada foi de 11,6%. Esta prevalência, comparada as encontradas em outros estudos entre grupos ocupacionais - como operários de empresa de mineração (16,6%), eletricitas (20,3%) - mostrou-se baixa, contudo, apesar do GHQ ser um instrumento apenas de rastreabilidade e não de diagnóstico de transtornos mentais comuns, esta prevalência revela uma situação onde ações preventivas devem ser aplicadas para o não agravamento deste quadro e/ou possível diminuição desta na população do estudo (GUIMARÃES, TEIXEIRA, 2002, SOUZA et al., 2010).

Ao se verificar a associação da prevalência de transtornos mentais comuns com as características sociodemográficas dos industriários, observou-se que as associações com algumas destas características (sexo, faixa etária, situação conjugal, renda mensal e escolaridade) foram estatisticamente significantes. Nestas associações, diferentemente de outros estudos que verificaram associação de TMC com essas variáveis, observou-se que as maiores prevalências foram entre os homens, mais jovens, com rendas médias mensais elevadas e com alto grau de escolaridade. Diante deste achados, é relevante se analisar o cenário que estes trabalhadores estavam inseridos e que pode ter proporcionado estas associações, no período da pesquisa.

O setor industrial no Brasil, devido ao grande crescimento que se observou ao longo dos anos, atraiu grandes indústrias internacionais, além de fazer com que as nacionais se preparassem para concorrer com o mercado externo, isto fez com que o número de exigências na qualidade dos processos de trabalho, alinhado a dependência do mercado internacional, requeressem mais do trabalhador, que neste setor da economia brasileira, é composta majoritariamente pela população masculina (LINHART, 2009, BOUYER, 2010).

Devido a estreita relação com o mercado externo, o ramo industrial brasileiro está sujeito a instabilidades econômicas mundiais que podem refletir no mercado interno e, conseqüentemente, no ambiente de trabalho, como a que se iniciou em 2007 e perdurou até 2009 (POCHMANN, 2009, SPITZ, 2010).

Em 2007, eclodiu a crise financeira mundial nos Estados Unidos, que afetou o ramo industrial diretamente, porém as indústrias brasileiras sentiram a crise no

segundo semestre de 2008, prolongando-se até o ano de 2009. Neste período, diversas indústrias no mundo e no Brasil, anunciaram diversas demissões, férias coletivas, diminuição na produção, redução nos custos, e este cenário afetou diretamente a mão-de-obra industrial, que viu na crise o aumento do desemprego, degradação de postos de trabalho e insegurança quanto a estabilidade no emprego (PEREIRA, 2009).

Diante deste cenário mundial, que atingiu o Brasil, inclusive as indústrias baianas, os trabalhadores se depararam com ameaças a suas vidas ocupacionais, social e econômica, levando a preocupações e sentimentos de perdas, o que pode ter afetado a saúde mental destes indivíduos. Estes se afligiram com a possibilidade de perder o emprego (que é visto como uma espécie de “catalisador social”, muitas vezes, e provedor da sobrevivência), o que provocaria mudanças nas condições de vida e de trabalho (LINHART, 2009, FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

Nesta conjuntura econômica, onde a instabilidade no emprego era realidade para uma classe de trabalhadores que tinha a estabilidade garantida, observou-se que, diferentemente de outros estudos, a prevalência de TMC foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Isto pode ser explicado pelo fato da mão-de-obra masculina, além de ser maioria na indústria brasileira, conforme dados do IBGE (2010), também apresenta uma relação com o trabalho, não apenas sobrevivência, mas também de auto-afirmação na sociedade e de provedor da família, e a suspeita da perda deste trabalho, acabou criando sentimentos de angústia, de medo, de sofrimento o que pode ter favorecido uma prevalência elevada destes transtornos (REBOUÇAS et al., 2007, POCHMANN, 2009).

Os trabalhadores mais jovens e com renda média mensal elevada foram os que apresentaram as maiores prevalências de transtornos mentais comuns. Durante o momento da inflexão do ritmo de expansão da economia, como citado anteriormente, o funcionamento desfavorável do mercado de trabalho, o desemprego, além da rotatividade da mão-de-obra no setor industrial, estavam mais concentrados entre os trabalhadores mais jovens e aqueles que eram melhores remunerados, pois entre os mais jovens a falta de experiência, de recursos financeiros, de uma rede de contatos ampla favoreceram a instabilidade e rotatividade no mercado, além do medo e da incerteza do prejuízo sobre os projetos de desenvolvimento profissional e pessoal destes jovens. E entre aqueles indivíduos com remunerações mais altas, demitia-se mais em troca das contratações de outros

trabalhadores em condições inferiores de salário (POCHMAN, 2009; FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010; SHILTON, 2010, SPITZ, 2010).

Quanto à situação conjugal, concordando com outros estudos, a maior prevalência de TMC foi observada entre os trabalhadores divorciados/viúvos. Este achado pode ser explicado por tais indivíduos, em geral, não terem vínculos afetivos criados, os quais proporcionam um aspecto positivo na construção da rede de apoio social ao contribuir para execução das tarefas no ambiente de trabalho de forma mais satisfatória, já que este encontra em sua família fontes de apoio para enfrentar melhor alguma dificuldade no ambiente de trabalho (DIENER et al., 1997; MOOKHERJEE, 1997; SOLOMOU et al., 1998; DIENER, 2000, LOPES, FAERSTEIN, SELIGMANN-SILVA, 2003).

A prevalência de TMC também foi maior entre os trabalhadores com nível de escolaridade mais elevado, e isto se deve provavelmente, ao fato da mão-de-obra industrial, com nível superior, corresponder aquela com maiores salários e que sofreu com a insegurança das demissões, para se contratar uma mão-de-obra com menor custo, favorecendo o sofrimento psíquico destes trabalhadores.

Com relação às variáveis ocupacionais, as maiores prevalências de TMC foram observadas entre os indivíduos que trabalhavam acima de 40 horas e a partir de 6 dias, por semana e pelo menos um dia durante a noite. Trabalhadores com carga horária e dias de trabalho elevados acabam sendo expostos por mais tempo às demandas físicas e cognitivas, ao ritmo de produção intenso, e a outros fatores que contribuam para o sofrimento mental. Quanto ao trabalho em turno noturno, pesquisas revelam que este se mostra mais nocivo à saúde mental, já que o organismo humano está adaptado ao trabalho diurno e ao descanso e reconstituição das energias a noite (GUIMARÃES, TEIXEIRA, 2003; BORGES, 2005; FERNANDES, ASSUNÇÃO, CARVALHO, 2010).

Na associação bruta dos grupos ocupacionais com os transtornos mentais comuns, o grupo com a menor prevalência de transtornos mentais comuns foi o dos técnicos de nível médio (GG3). Este grupo é formado por profissionais que necessitam ter nível médio completo mais curso profissionalizante. As tarefas realizadas por eles são basicamente de planejamento, execução e controle de normas e procedimentos, a fim de assegurar a qualidade das atividades. A menor prevalência de TMC ter sido neste grupo, pode ser provável por ser um grupo que demonstra apresentar uma maior autonomia para praticar e desenvolver suas

competências e controle sobre seu processo de trabalho, o que proporciona o uso de suas habilidades e tomada de decisão de maneira mais atuante, em conjunto com uma baixa tensão cognitiva do processo, favorecendo a diminuição do risco de exigências psicológicas e o adoecimento psíquico (MORIN, 2001, BRASIL, 2002, SOUZA et al., 2010).

O grupo ocupacional com a maior prevalência de TMC foi o dos trabalhadores de serviços administrativos (GG4). Este grupo era formado por trabalhadores que realizavam trabalhos burocráticos, sem contato constante com o público, que não necessitava de um nível elevado de escolaridade. Este achado pode ser explicado em virtude do caráter operacional que este grupo apresenta, com baixo nível de autonomia para organizar sua forma de trabalhar, estabelecer suas normas e regras, em relação aos outros grupos ocupacionais, o que pode contribuir para a condução de desajustes motivacionais influenciando na saúde mental do indivíduo. Além disso, outro fator que pode justificar esta prevalência é o fato que, mesmo se tratando de trabalhadores com empregos com vínculos formais, estes podem ser caracterizados por limitados benefícios, insegurança no trabalho, curto tempo de manutenção do emprego e baixos salários (BRASIL, 2002; BORGES, 2005; FERNANDES, ASSUNÇÃO, CARVALHO, 2010).

O segundo grupo ocupacional com a maior prevalência foi o dos trabalhadores agropecuários, florestais da caça e da pesca (GG6). Este grupo engloba os trabalhadores com nível fundamental, que desempenham atividades no trabalho com elevada exigência física, estando, em geral, em posições desconfortáveis por longos períodos de trabalho. Por se tratar de uma mão-de-obra pouco qualificada, associada a alta exigência física e mental, proveniente das pressões dos superiores dentro do binômio aumento de produção em menor tempo e aumento do ritmo de trabalho, pode ter levado a este grupo apresentar uma prevalência relativamente alta, comparada ao grupo de referência (GG3) (FERNANDES, ASSUNÇÃO, CARVALHO, 2010).

Outro ponto que pode estar relacionado às maiores prevalências destes transtornos mentais comuns nestes dois grupos, é a “precarização subjetiva”. Esta é uma expressão que afeta os trabalhadores assalariados com empregos estáveis confrontados com demandas cada vez maiores no ambiente de trabalho e que estão preocupados com o fato de nem sempre estar em condições de atendê-las, o que pode contribuir para o sofrimento mental, já que mantêm estes trabalhadores em um

estado de insegurança, pelo medo de não serem capazes de atingir e cumprir as exigências de seus superiores (LINHART, 2001).

No início do estudo, imaginou-se que o grupo que apresentaria a maior prevalência de TMC seria o GG7, o qual concentra os trabalhadores da produção extrativa, da construção civil e da produção industrial de processos discretos, que mobilizam habilidades psicomotoras e mentais. Este grupo, apesar de ter tarefas desempenhadas com altas exigências físicas e cognitivas, em ritmo temporal intenso e baixa autonomia, pode ter apresentado uma prevalência não tão elevada devido ao desenvolvimento de estratégias e mecanismos de adaptação às circunstâncias adversas que favoreceram a saúde mental. Além disso, este grupo contém os trabalhadores da construção civil que, mesmo com a crise mundial. Na Bahia este setor obteve elevado crescimento, e a demanda por esta mão-de-obra fez com que estes profissionais, mesmo estando sobre tensão física e mental, compensassem estas exigências por meio da satisfação da empregabilidade e estabilidade adquiridas em decorrência do crescimento do setor (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO, BANDEIRA, 1998; BRASIL, 2002; SANTANA, OLIVEIRA, 2004).

Após o ajustamento do modelo estatístico pelas co-variáveis do estudo, verificou-se que as associações entre transtornos mentais comuns e os grupos ocupacionais se mantiveram estatisticamente significantes, com aumento nas razões de prevalências dos grupos, GG1 e GG2 (organizações de interesse público e de empresas e gerentes, profissionais das ciências e das artes, respectivamente).

O grupo GG1 é formado por ocupações que desempenham atividades de liderança, chefia. Para Brant et al. (2004), o nível gerencial, sofre diariamente a pressão demanda – temporalidade, que dissocia a demanda do trabalho do tempo necessário para execução desta, tornando o tempo instantâneo, uma sucessão infindável de presentes, onde tudo deve ser realizado sob a pressão do agora, sendo que esta realidade seria fator favorável para desencadear nocividade à saúde mental. O grupo GG2 (na população deste estudo predominaram analistas e engenheiros) requer trabalhadores com alto nível de conhecimento profissional, científico e intelectual, e que no processo de trabalho desenvolvem produtos, administram, coordenam, controlam e analisam (BRASIL, 2002).

Os profissionais destes dois grupos vivem a realidade dicotômica da exigência de serem profissionais altamente flexíveis abertos às mudanças de curto prazo, que tomem decisões rápidas e exigência a obediência às condições impostas

pela organização do trabalho. Além disso, fatores como a competitividade maximizada, metas a serem cumpridas no menor tempo, perfil de grande capacidade de se adaptar a mudança e inovação continuamente, a excelência no trabalho, onde idéias de perfeição e superioridade contribuem para a coerção à perfeição humana, na medida em que se ignora os limites dos processos fisiológicos e mentais dos seres humanos, geram ansiedade e angústia diante da possibilidade de não conseguir atender às exigências e necessidades da empresa. Soma-se a isso, o cenário de incerteza econômica do momento, gerando o medo uma vez que não há resposta sobre o que acontecerá no futuro profissional. Com isso, o sentimento de não estar protegido pode ter contribuído para esta elevada prevalência de TMC nestes dois grupos (BRANT, DIAS, 2004; FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

O presente estudo incluiu todos os industriários vinculados na base de dados do Serviço Social da Indústria, na Bahia, em 2009, referindo-se a uma população de indivíduos e não a uma amostra de trabalhadores. Por se tratar de uma população, a presença de erros sistemáticos na seleção dos entrevistados foi reduzida.

Alguns fatores limitantes neste estudo merecem ser destacados. Por ter sido um estudo de corte transversal pode ter apresentado a limitação verificada através do viés de prevalência, já que, por revelar a imagem instantânea do que se deseja estudar, pode identificar apenas os sobreviventes ao efeito estudado e sua situação quanto à exposição presente. O que pode explicar a prevalência global de TMC mais baixa em relação a outros estudos ocupacionais (PASQUALI et al., 1996, MEDRONHO et al., 2008).

Outro fator limitante foi a falta de estudos sobre transtornos mentais comuns em industriários, sobretudo utilizando o instrumento de rastreabilidade destes transtornos, o GHQ-12. Além disso, o fato do GHQ-12 ser um instrumento de rastreamento, ele é sensível a mudanças recentes no estado psicológico dos indivíduos, e não permitindo a distinção daqueles com um diagnóstico psiquiátrico estabelecido. Ainda se observa estudos envolvendo outros instrumentos, o que impediu uma melhor comparabilidade entre os resultados obtidos.

Dificuldades também foram encontradas durante a busca de estudos que envolvessem os transtornos mentais comuns, a indústria e os grupos ocupacionais. A maioria dos estudos nesta temática é referente a ocupações não industriais, o que limitou a comparação dos achados aqui encontrados com os de outras pesquisas.

Como se tratou de um diagnóstico realizado por uma instituição nacional que buscou de início verificar a situação de saúde dos trabalhadores da indústria, com enfoque a outras doenças crônicas, não sendo objetivo principal a análise da saúde mental, percebeu-se que o questionário utilizado nas entrevistas não abordou de maneira mais profunda dados sobre a organização, as condições e o conteúdo do trabalho, o que gerou dificuldades de comparabilidade destes fatores sobre a saúde mental destes indivíduos, de maneira mais complexa.

Estes fatores tem influenciado o aparecimento do sofrimento psíquico nos grupos ocupacionais, como tem demonstrado estudos relacionados a saúde mental realizados por diversos pesquisadores. Os fatores psicossociais do trabalho, por exemplo, têm sido estudados e tem se verificado a grande influência que estes exercem sobre o sofrimento mental em várias populações ocupacionais, contudo não foram contemplados no questionário, o que impediu se verificar a relação destes com a prevalência dos transtornos mentais (ARAÚJO, GRAÇA, ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2006; SILVA, 2007; SOUZA et al., 2010)..

Este estudo permitiu observar que as ocupações têm um papel relevante no estado de saúde mental dos trabalhadores, havendo a necessidade de se desenvolverem mais estudos aprofundando a análise com a inserção de outras variáveis relacionadas às condições e organização do trabalho de cada grupo ocupacional.

Como sugestões para outros trabalhos envolvendo a população industrial, ressaltam-se a importância de se investigar quais os fatores de maior impacto em relação aos TMC e quais alternativas podem ser criadas para evitá-los, minimizá-los e/ou tratá-los, no ambiente ocupacional.

REFERÊNCIAS

- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica, *Estud. psicol. (Natal)* [online], v.3, n.2, p. 273-294. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf> Acesso em 07 mar 2011.
- ARAÚJO, T.M.; REIS, E.J.F.B; KAVALKIEVICZ, C.; SILVANY NETO, A.M.; PARANHO, I; CARVALHO, F.M.P. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento docente a partir da construção de uma rede de produção coletiva, *Educação em Revista*, v. 37, p.183-212, 2003.
- ARAUJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAUJO, E. Estress ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Cien Saude Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 285-297. 2003.
- BENAVIDES, F. G. et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial em cuatro empresas. *Gac Sanit*, v. 16, n. 3, p. 222 – 229, 2002.
- BIREME. *Biblioteca Virtual em Saúde*. 2010
- BORGES, E. M. *Saúde mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Arapongas, PR*. 2005, 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J.C.T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, v.1, p.17-27. 2002.
- BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”, *Rev Bras Saúde Ocupacional*, v.35, n. 122, p. 249-259, 2010.
- BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 942 – 949, jul/ago, 2004.
- BRASIL. Resolução n. 196/96. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. 2002. Brasília, DF, Ministério do Trabalho e Emprego, 2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 01 fev 2010.

DIENER, E.; SUH, E. M.; OISHI, S. Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, v.24, n.1, p. 25-41, 1997.

DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, v.55, n. 1, p.34-43, 2000.

FERNANDES, R. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; CARVALHO, F. M. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.15, suppl.1, p. 1563-1574, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/068.pdf> . Acesso em 01 mar 2010.

FIEB. Número de indústrias que procuram a Bahia cresce 88% em 2009. Fieb, 2009. Disponível em: http://adm.agecom.ba.gov.br/conteudo/noticias/2009/08/17/numero-de-industrias-que-procuram-a-bahia-cresce-88-em-2009/base_view . Acesso em: 14 jan 2010.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 567 – 576, mar, 2008.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saude Ocupacional*, v. 35, n. 122, p.229-248, 2010.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social-model*. London: Tavistock, 1992.

GONZÁLEZ-ROMA, V. et al. Un estudio de La estructura factorial del Cuestionario General de Salud (GHQ-12): Comparación de dos modelos factoriales. *Psicológica*, v.12, n.119, p.129-135, 1991.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V., LLORET, S., ESPEJO, B. Comparación de los modelos de medida del Cuestionario de Salud General (GHQ-12). *Psicológica*, 14, 259-268. 1993.

GOUVEIA, V. V. et.al. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.19, n. 3, p. 241-248, set/dez 2003.

FIEB. *Guia Industrial do Estado da Bahia*, 2010. Disponível em: <http://www.fieb.org.br/guia/default.asp>. Acesso em 20 de abril de 2010.

GUIMARAES, L. A. M.; TEIXEIRA, L. N. Transtornos mentais e trabalho em turnos alternados em operários de mineração de ferro em Itabira (MG). *J bras psiquiatria*, v. 52, n. 4, p. 283 – 289, 2003.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma industria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 777 – 787, 2007.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied survival analysis: regression modeling of time to event data*. John Wiley e Sons, INC, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. *Em 2009, expectativa de vida ao nascer era de 73, 17*. IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.pph. Acesso em 01 dez 2010.

KARASEK, R.A.; THEÖRELL, T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Ed. Basic Books, Nova York. 1990.

KLEINBAUM, D.; KUPPER, L.; MULLER, K.; NIZAM, A. *Applied Regression Analysis and Multivariable Methods*, 3rd Edition. 1998.

KLEINBAUM, D.G.; KLEIN, M. *Logistic regression. A self-learning text*. 2nd edition. Springer-Verlag, New York, 2002.

LINHART, D. Modernisation et précarisation de la vie au travail, *Papeles del CEIC*, n. 43, 2009. Disponível em <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/43.pdf> Acesso em 01 mar 2010.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 6, dez. 2003 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2010.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.2, p. 213-31, 2002.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2ª edição. São Paulo: Atheneu. 2009.

MOLINA, A. S.; MISSAO, A. I. Benzodiazepine use among employees of a private company. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, p. 517 – 522, jul/ago, 2008. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae Acesso em 06 fev 2011.

MONTAZERI, A. et al. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.1, n.1, p.66., 2003.

MOOKHERJEE, H.N. Marital status, gender, and perception of well-being. *Journal Social of Psychology*, v.137, n.1, p. 95-105, 1997.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 3, p. 8-10, jul – set, 2001.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NELSON, N. A. et al. A case-control study of chronic neuropsychiatric disease and organic solvent exposure in automobile assembly plant –workers. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 51, p. 302 – 307, 1994.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 90 – 99, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Que és La salud mental?* 2007. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html> Acesso em 06 fev 2011.

PAHO. *Reforma de La salud mental: alcohol y el peso de lãs decisiones*. 2001. Disponível em http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_007.htm Acesso em 06 fev 2011.

PASQUALI, L. et al. *QSG – Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico QSG*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia : teoria e pratica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POCHMANN, M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. *Estudos Avançados*, v. 23, n. 66, p.41-52, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142009000200004 Acesso em 01 mar 2010.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.2, p. 244-250, 2007.

SANTANA, V.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil, *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.3, p.797-811, mai-jun, 2004.

SHILTON, J. Desemprego mundial entre os jovens atinge níveis recordes. *World Socialist Web Site*. 2010. Disponível em <http://www.wsws.org/pt/2010/sep2010/por1-s17.shtml> Acesso em 06 mar 2010.

SPITZ, C. Crise econômica faz desemprego mundial entre jovens ter alta recorde. *O Globo*. 2010. Disponível em <http://oglobo.globo.com/economia/mat/2010/08/11/crise-economica-faz-desemprego-mundial-entre-jovens-ter-alta-recorde-917373280.asp2010> Acesso em 06 mar 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados neste estudo, pode-se concluir que as questões relativas à saúde mental e ocupações entre os industriários são muito restritas apresentando um leque de possibilidades de investigações para implementação de ações que venham a promover e prevenir a saúde mental dos trabalhadores deste setor da economia brasileira. Sendo assim:

1. Faz-se necessária a realização de estudos futuros englobando as características psicossociais do trabalho na indústria, além das condições, organização e processo do trabalho de acordo com os grupos ocupacionais;
2. Levantamento de dados sobre o conhecimento dos profissionais de saúde e segurança sobre os fatores de risco psicossociais, e proporcionar ações de intervenção para que estes profissionais estejam capacitados para lidar e intervir nas situações que envolvam a saúde mental destes trabalhadores;
3. Realizar futuros estudos que possibilitem a avaliação dos impactos dos fatores de risco sobre o desempenho social e ocupacional do trabalhador e como isto pode contribuir para a melhoria da indústria;
4. Possibilidade de realização de monitoramento dos fatores de risco destes transtornos mentais e criação de estratégias que minimizem ou evitem o comprometimento da saúde mental;
5. Verificou-se que o instrumento utilizado para o rastreamento dos TMC foi adequado, apesar das diversas limitações do próprio estudo e de se tratar de uma característica subjetiva, como a saúde mental;
6. O estudo aponta também para a necessidade da ampliação da discussão desta temática entre os grupos ocupacionais da CBO, já que foi um fator limitante para a discussão devido a dificuldade em se encontrar estudos semelhantes para a comparação.
7. Este estudo também propõe a elaboração de uma pesquisa de base nacional, entre os industriários brasileiros, sobre a saúde mental e os aspectos psicossociais, a fim de se obter um banco único, com informações que respaldem a criação de estratégias específicas de prevenção e promoção da saúde psíquica dos trabalhadores da indústria brasileira, de acordo com as peculiaridades de cada grande grupo ocupacional.

REFERENCIAS

ALMANAQUE ABRIL. *Economia – Indústria*. Abril, 2011.

ALVES, J. E. D. A definição de cor / raça do IBGE. *Ecodebate*, jun / 2010. Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/06/28/a-definicao-de-corraca-do-ibge-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/> Acesso em 13 dez 2010.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D., BANDEIRA, D. R.. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estud. psicol. (Natal)* [online], v.3, n.2, p. 273-294. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf> Acesso em 07 mar 2011.

ALVES, M. G. M. *Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde*. 2004. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça / cor em Saúde Pública: possibilidade e limites. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, n. 31, p, 383 – 394, out / dez, 2009.

ARAÚJO, T.M., AQUINO, E., MENEZES, G., SANTOS, C.O., AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.4, p.424-433. 2003.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 5, n. 3, set. 2005.

BENAVIDES, F. G. et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial em cuatro empresas. *Gac Sanit*, v. 16, n. 3, p. 222 – 229, 2002.

BENSSOUSSAN, E et al. *Saúde ocupacional*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

BÁRBARO, A. M. et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 5, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> Acesso em 13 fev 2010.

BARROS, M. V. G., NAHAS, M. V. Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev Saúde Pública*, v.35, p. 554 – 563, 2001.

BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERTOLETE, J. M. *Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool*. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BIREME. *Biblioteca Virtual em Saúde*. 2010

BORGES, E. M. *Saúde mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Arapongas, PR*. 2005, 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

BORGES, L. O.,ARGOLO, J.C.T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, v.1, p.17-27. 2002

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”, *Rev Bras Saúde Ocupacional*, v.35, n. 122, p. 249-259, 2010.

BRANT, L. C., DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 942 – 949, jul/ago, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde CNS. *Resolução n. 196/96*. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, D.F: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho*. (Portaria nº1339/GM - 18/11/1999).Brasília: Ministério da Saúde, p.138, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO*. 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 01 fev 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *O futuro da indústria da construção civil: construção habitacional*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *O futuro da indústria têxtil e de confecções: vestuário de malha*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, MS, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 fev 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Evolução do salário mínimo - Valor do salário mínimo em 2009*. Disponível em: http://www.mte.gov.br/sal_min/EVOLEISM.pdf Acesso em 13 fev 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados – 7, v.5, n. 7, Informativo eletrônico. Brasília, jun/2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Informes Estatísticos Mensais do Setor Industrial*. Brasília, 2011.

COHEN, S., SYME, S. L., *Social Support and Health*. Orlando, Flórida: Academic Press, 1985.

COHEN, S. WILLS, T. A., Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v.98, p.310-357, 1985.

COSTA, A. B., COSTA, B. M. As transformações no processo de trabalho. *Rev Univ Rural*, v. 23, n.2, p.231-244, jul-dez, 2000.

COUTINHO, E. S. F. *Fatores Sociodemográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogeneidade e Heterogeneidade de Efeitos*. Tese (Doutorado Saúde Pública), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

COUTINHO, A. P. et. al. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT): Monitorização da Exposição aos Fatores de Risco para um Subgrupo de Doenças

no Município de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v.1, n. 9. 2004. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa9_cronica.htm Acesso em: 22 mar 2010.

DIAS, E.C. et al. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Série A Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

DIEESE. Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED. *Inserção feminina no mercado de trabalho*. 2001
<http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=07&tip=02> Acesso em 16 fev 2011.

DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, v.55, n. 1, p.34-43, 2000.

DIENER, E.; SUH, E. M., OISHI, S. Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, v.24, n.1, p. 25-41, 1997.

FERNANDES, R. C., ASSUNÇÃO, A. A. CARVALHO, F. M. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.15, suppl.1, p. 1563-1574, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/068.pdf> Acesso em 01 mar 2010.

FIEB. *Guia industrial do Estado da Bahia 2009 – 2010*. EBGE: Recife, 2010.

FIEB. *Número de indústrias que procuram a Bahia cresce 88% em 2009*. Disponível em: http://adm.agecom.ba.gov.br/conteudo/noticias/2009/08/17/numero-de-industrias-que-procuram-a-bahia-cresce-88-em-2009/base_view . Acesso em: 14 jan 2010.

FILHO, G. J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Ass Med Brasil*, v. 47, n. 1, p, 65 – 69, 2001.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 567 – 576, mar, 2008.

FRANCO, T., DRUCK, G., SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saude Ocupacional*, v. 35, n. 122, p.229-248, 2010.

GABY, W. T. S. *As doenças do século*. CPAD, 2007.

GLOBAL INITIATIVE ON PSYCHIATRY. *Prioritizing mental health in development aid programs*. 2010.

GOLDBERG, D. HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social-model*. London: Tavistock, 1992.

GONZÁLEZ-ROMA, V. et al. Un estudio de La estructura factorial del Cuestionario General de Salud (GHQ-12): Comparación de dos modelos factoriales. *Psicológica*, v.12, n.119, p.129-135, 1991.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V., LLORET, S., ESPEJO, B. Comparación de los modelos de medida del Cuestionario de Salud General (GHQ-12). *Psicológica*, 14, 259-268. 1993.

GOUVEIA, V. V. et.al. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.19, n. 3, p. 241-248, set/dez 2003.

GUIMARAES, L. A. M., TEIXEIRA, L. N. Transtornos mentais e trabalho em turnos alternados em operários de mineração de ferro em Itabira (MG). *J bras psiquiatria*, v. 52, n. 4, p. 283 – 289, 2003.

HÖFELMANN, D. A., BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma industria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 777 – 787, 2007.

HOSMER, D. W., LEMESHOW, S. *Applied survival analysis: regression modeling of time to event data*. John Wiley e Sons, INC, 1999.

HOUSE, J.S., LANDIS, K. R., UMBERSON, D. Social relationships and health. *Science*. v. 241, n. 4865, p. 540 – 545, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo agropecuário. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/1995_1996/default.shtm Acesso em 08 mar 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2008. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic_sociais2008.pdf. Acesso em: 08 nov 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE – pesquisa mensal de emprego. IBGE, Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em 2009, expectativa de vida ao nascer era de 73, 17*. IBGE, 2010. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.pph .. Acesso em 01 dez 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. 1988. Disponível em:

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm> Acesso em 13 mar 2010.

KARASEK, R.A., THEÖRELL, T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Ed. Basic Books, Nova York. 1990.

KLEINBAUM, D. G. KLEIN, M. *Logistic regression: a self-learning text*. Springer, New York, 1994.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da UFFlu. *Historia Ciencias Saude*, Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49 – 69, mar/jun, 2001.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989

LINHART, D. Modernisation et précarisation de la vie au travail, *Papeles del CEIC*, n. 43, 2009. Disponível em <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/43.pdf> Acesso em 01 mar 2010.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 6, dez. 2003. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 02 mar. 2010.

LUDERMIR, A.B., MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.2, p. 213-31, 2002.

LUIZ, R. R., COSTA, A. J. L., NADANNOVSKY, P. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2ª edição. São Paulo: Atheneu. 2009.

MINAYO-GOMEZ, C., THEDIM-COSTA, S. M. F.. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública* [online], v.13, suppl.2, p. S21-S32. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1361.pdf> Acesso em 15 nov 2010.

MOLINA, A. S., MISSAO, A. I. Benzodiazepine use among employees of a private company. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, p. 517 – 522, jul/ago, 2008. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae Acesso em 06 fev 2011.

MONTAZERI, A. et al. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, v.1, n.1, p.66., 2003.

MOOKHERJEE, H.N. Marital status, gender, and perception of well-being. *Journal Social of Psychology*, v.137, n.1, p. 95-105, 1997.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 3, p. 8-10, jul – set, 2001.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 22, n.1, p. 131-140. 2006.

NELSON, N. A. et al. A case-control study of chronic neuropsychiatric disease and organic solvent exposure in automobile assembly plant –workers. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 51, p. 302 – 307, 1994.

NOBRE, L. C. C. *Estudo referente à utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nos Sistemas de Informação em Saúde*. OPAS, Brasília, 2002. Disponível em http://www.opas.org.br/informacao/ripsa_doc_detalhe.cfm?codigo=49 Acesso em 08

mar 2010.

OLIVEIRA, N. F. SANTANA, V. S., LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 90 – 99, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial de saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El nuevo atlas de salud mental de la OMS muestra que los recursos de salud mental siguen siendo insuficientes*. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2005/np21/es/>. Acesso em 07 fev 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Que és La salud mental?* 2007. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html> Acesso em 06 fev 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *OMS divulga relatório sobre saúde mental e desenvolvimento*. 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?mat> Acesso em 04 dez 2010.

PAHO. *Reforma de La salud mental: alcohol y el peso de lãs decisiones*. 2001. Disponível em http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_007.htm Acesso em 06 fev 2011.

PASQUALI, L. et al. *QSG – Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico QSG*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

PEREIRA, J. M. Esforços para reverter os efeitos da crise financeira mundial. *Contribuciones a La Economia*, jan, 2009. Disponível em: <http://www.eumed.net/ce/2009a> Acesso em 14 fev 2011.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia : teoria e pratica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POCHMANN, M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. *Estudos Avançados*, v. 23, n. 66, p.41-52, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142009000200004 Acesso em 01 mar 2010.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F., ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.2, p. 244-250, 2007.

REIS, E. J. F. B. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005

RIBEIRO, J. et al. Saúde mental de trabalhadores de setores administrativos de uma empresa de construção civil e estruturas metálicas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso 13 fev 2011.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 4, p. 630 – 640, 2010.

SANTANA, V., OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil, *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.3, p.797-811, mai-jun, 2004.

SANTOS, C. P. Mercado de trabalho e racismo. *Rev Espaço Acadêmico*, n. 33, fev/2004. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/033/33csantos.htm> Acesso em 08 mar 2010.

SATO, L. BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p.869 – 878, 2005.

SEADE. *Inserção feminina no mercado de trabalho*. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. 2011. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=09&tip=02> Acesso em 08 mar 2011.

SELIGMANN – SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad Saúde Pública*, v. 13, (supl. 2), p. 95 – 109, 1997.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. *Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não-transmissíveis em trabalhadores da indústria do Brasil*. Brasília: SESI / DN, 2007.

SHILTON, J. Desemprego mundial entre os jovens atinge níveis recordes. *World Socialist Web Site*. 2010. Disponível em <http://www.wsws.org/pt/2010/sep2010/por1-s17.shtml> Acesso em 06 mar 2010.

SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública*. v.44, n. 4, p:710-717. 2010.

SPITZ, C. Crise econômica faz desemprego mundial entre jovens ter alta recorde. *O Globo*. 2010. Disponível em <http://oglobo.globo.com/economia/mat/2010/08/11/crise-economica-faz-desemprego-mundial-entre-jovens-ter-alta-recorde-917373280.asp2010> Acesso em 06 mar 2010.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., HEAD, J., Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, v.43, 73-81p

UNESCO. *Clasificacion Internacional Normalizada de La Educacion*. 1997.

URURAHY, G. ALBERT, E. *O cérebro emocional: as emoções e o estresse do cotidiano*. Rio de Janeiro: Rocco. 2005.

WEICH, S. LEWIS, G. Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*, v. 52, p.8 – 14, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women's mental health an evidence based review*. Geneva, 2002.

ANEXO A – Aceite e liberação para uso do banco de dados



Comunicação Interna

Data: 23/12/2009.

Nº.: 47/2009

De: Robério Costa

Para: Dr. Manoelito Souza – Superintendência SESI

Assunto: Autorização para utilização de banco de dados DSEV - BA

Prezado Dr. MAnoelito:

Venho pela presente solicitar de V. Sa. a liberação do uso do banco de dados da pesquisa SESI intitulada “*Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida dos Trabalhadores da Indústria*” do Estado da Bahia, para ser utilizado na elaboração de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), do qual a colaboradora Ilva Santana Santos Fonseca é mestranda.

Atenciosamente,


Robério Costa Silva
 Gerente de negócios
 SESI – Feira de Santana

DE ACORDO COM O
 QUE MANDA A
 CONDIÇÃO DE BOMBO
 DAS INFORMAÇÕES
 NECESSARIAS.
 EM 29.12.09


 Manoelito Souza
 Superintendente do SESI DSEV



ANEXO B – Protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Fone: (75) 3224-8124 Fax: (75) 3224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 19 de outubro de 2010
Of. CEP-UEFS nº 242/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Profª. Ilva Santana Santos Fonseca


Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Prevalência de transtornos mentais comuns em industriários bahianos**", registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 106/2010, CAAE 0105.0.059.000-10**, satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(19/10/2011)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,



Maria da Glória Sampaio Gomes
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido**ETIQUETA 1. COM DADOS CADASTRAIS PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO****GESTÃO DO RISCO SAÚDE NA INDÚSTRIA - GRSI****TERMO DE CONSENTIMENTO**

O SESI – Serviço Social da Indústria – está realizando uma pesquisa para conhecer as condições de saúde do trabalhador da indústria brasileira. O objetivo é avaliar a frequência de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e de características que aumentem o risco de o trabalhador apresentar, por exemplo, infarto do miocárdio, derrame cerebral, insuficiência renal ou outras doenças.

Se você concordar em participar, deverá responder a um questionário com perguntas sobre seus hábitos de vida, características sociais e demográficas e doenças que você tem ou teve no passado. Além disso você irá realizar medidas de pressão arterial, altura, peso e circunferência da cintura, avaliação bucal e precisará retirar uma amostra de sangue para realizar exames para verificar a presença de diabetes (açúcar no sangue).

Ao final desses exames, você receberá um cartão com a anotação de suas medidas e informações sobre como prevenir doenças crônicas e manter hábitos saudáveis de vida.

As suas respostas e os resultados dos seus exames não serão divulgados para seus colegas, chefes ou para a direção da empresa.

As suas informações servirão para conhecer a situação de saúde dos trabalhadores da indústria e o acompanhamento da sua própria condição individual. Seus dados ficarão armazenados nos computadores do SESI com a mesma segurança e sigilo de seus registros médicos. Esta informação individual somente será compartilhada pelos médicos do SESI e da empresa para a realização de ações de prevenção primária e secundária.

A avaliação realizada não implicará em nenhum custo para você e também, não prejudicará seu trabalho ou a sua empresa.

O questionário contém perguntas sobre seus hábitos de vida e suas doenças. O exame de sangue não apresenta risco, mas pode causar algum desconforto.

Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, nós poderemos lhe prestar esclarecimentos.

Você tem alguma pergunta? Você não é obrigado a participar e poderá se recusar a responder a qualquer pergunta. Se você mudar de idéia durante o estudo e quiser se retirar dele, também estará livre para fazê-lo. Se você concordar em participar, deverá assinar este documento para confirmar.

Você aceita participar? _____ (escreva sim se aceitar ou não em caso contrário)

Local: _____ Data: ___/___/___

Nome do trabalhador: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

ANEXO D – Questionário Gerenciamento do Risco Saúde na Indústria

II - DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

1. Data da aplicação da Pesquisa: ____/____/____
2. Aceitou responder o questionário: |1| Sim
|2| Não
3. Seu estado civil é? |1| Casado/Vive junto |2| Solteiro |3| Divorciado |4| Viúvo |99| NS/NR
4. Sua cor ou raça é? |1| Branco |2| Preto |3| Amarelo |4| Pardo |5| Indígena
|99| NS/NR

III - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

5. Qual o último ano de escola que você terminou:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca estudou | <input type="checkbox"/> 8 8ª série do ensino fundamental |
| <input type="checkbox"/> 1 1ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 9 1ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 2 2ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 10 2ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 3 3ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 11 3ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 4 4ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 12 Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 5 5ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 13 Superior completo |
| <input type="checkbox"/> 6 6ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 14 Pós-graduação |
| <input type="checkbox"/> 7 7ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
6. Atualmente você frequenta escola: |1| Sim
|2| Não |99| NS/NR
7. Qual é a sua faixa de renda mensal:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 SM | <input type="checkbox"/> 2 De 1 SM a 3 SM | <input type="checkbox"/> 3 Maior que 3 SM a 5 SM |
| <input type="checkbox"/> 4 Maior que 5 SM até 10 SM | <input type="checkbox"/> 5 Maior que 10 SM | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |

III - DADOS DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA DO TRABALHADOR

8. A casa onde você mora é:
- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Própria | <input type="checkbox"/> 2 Alugada | <input type="checkbox"/> 3 Emprestada | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
9. Quantas pessoas, incluindo você, vivem nessa casa?
- | | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Moro sozinho | <input type="checkbox"/> 2 2 | <input type="checkbox"/> 3 3 | <input type="checkbox"/> 4 4 | <input type="checkbox"/> 5 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 6 | <input type="checkbox"/> 7 7 | <input type="checkbox"/> 8 8 ou mais pessoas | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR | |
10. Você é o chefe da família? |1| Sim
|2| Não |99| NS/NR
11. Marque a resposta se sua casa tem:
- | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| a | Telefone fixo | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| b | Telefone celular | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| c | Fogão de 2 bocas ou mais | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| d | Rádio | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| e | Televisão colorida | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| f | Geladeira | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| g | Máquina de lavar roupas | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| h | Freezer | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| i | Computador | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |
| j | Acesso à internet | <input type="checkbox"/> 1 Sim | <input type="checkbox"/> 2 Não | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |

IV - ATIVIDADE FÍSICA DO TRABALHADOR

Agora nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física você faz como parte do seu dia-a-dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades dentro de casa ou no jardim ou quintal.

Para responder às questões, lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que o fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que o fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza.

por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

12. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

|0| Nenhum(**vá para 15**) |1| 1 dia |2| 2 dias |3| 3 dias |4| 4 dias |5| 5 dias |6| 6 dias |7| 7 dias |99| NS/NR

13. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Assinale nas posições abaixo, os valores correspondentes em minutos: _____

14. Em quantos dias da última semana você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo **pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar...** (*se necessário dê mais exemplos: fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim*) ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**).

|0| Nenhum(**vá para 17**) |1| 1 dia |2| 2 dias |3| 3 dias |4| 4 dias |5| 5 dias |6| 6 dias |7| 7 dias |99| NS/NR

15. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Assinale nas posições abaixo, os valores correspondentes em minutos: _____

16. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, **correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol...** (*se necessário dê mais exemplos, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados*) ou qualquer atividade que fez aumentar **muito** sua respiração ou batimentos do coração?

|0| Nenhum(**vá para 19**) |1| 1 dia |2| 2 dias |3| 3 dias |4| 4 dias |5| 5 dias |6| 6 dias |7| 7 dias |99| NS/NR

17. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Assinale nas posições abaixo, os valores correspondentes em minutos: _____

18. Você realiza, regularmente, algum tipo de **atividade física no seu lazer**, como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais?

|1| NÃO e não estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo (**ir p/20**)

|2| NÃO, mas estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo

|3| SIM, 1 ou 2 vezes por semana

|4| SIM, 3 ou 4 vezes por semana

|5| SIM, 5 ou mais vezes por semana

|99| NS/NR

19. Qual o **tipo principal de atividade física** que você pratica no seu lazer?

- |1| Não pratico atividade física |2| Caminhada |3| Esporte
|4| Ciclismo |5| Corrida |6| Natação/Hidroginástica
|7| Ginástica |8| Musculação |9| Dança/Atividade física
|10| Esportes de aventura |11| Yoga/Tai-chi-chuan |12| Alongamentos
|13| Artes marciais / lutas |14| Outras atividades físicas |99| NS/NR

V - ALIMENTAÇÃO

20. Com que frequência você normalmente come frutas frescas.

- |1| 5 ou mais vezes ao dia |2| 3 ou 4 vezes por dia |3| 1 ou 2 vezes por dia
|4| 5 ou mais vezes na semana |5| 3 ou 4 vezes por semana |6| 1 ou 2 vezes na semana
|7| 1 a 3 vezes por mês |8| Menos de 1 vez por mês |99| NS/NR

21. Com que frequência você normalmente come verduras ou saladas cruas (p. ex., alface, rúcula, almeirão, repolho, agrião, couve, tomate, pepino, cenoura).

- |1| 5 ou mais vezes ao dia |2| 3 ou 4 vezes por dia |3| 1 ou 2 vezes por dia
|4| 5 ou mais vezes na semana |5| 3 ou 4 vezes por semana |6| 1 ou 2 vezes na semana
|7| 1 a 3 vezes por mês |8| Menos de 1 vez por mês |99| NS/NR

22. Quando você come frango, o que normalmente **faz com a pele**?

- |1| sempre retira antes de comer |2| na maioria das vezes retira |3| raramente retira a pele
|4| nunca retira a pele |5| não come frango |99| NS/NR

23. Quando você come carne vermelha o que normalmente **faz com a gordura aparente**?

- |1| sempre retira antes de comer |2| na maioria das vezes retira |3| raramente retira
|4| nunca retira a gordura |5| não come carne vermelha |99| NS/NR

24. Sem contar as saladas, com que frequência você coloca sal no prato de comida:

- |1| nunca coloca sal no prato de comida |2| prova e coloca se estiver sem sal
|3| sempre ou quase sempre, mesmo sem provar |99| NS/NR

25. Durante uma semana normal, com que frequência você toma refrigerantes ou sucos artificiais (refrescos)?

- |1| nunca |2| 1 a 3 vezes por semana
|3| 4 a 6 vezes por semana
|4| Diariamente, 1 vez por dia |4| Diariamente, 2 ou mais vezes por dia |99| NS/NR

26. Quando você está em ambiente ensolarado por mais de 30 minutos, com que frequência você usa protetor solar, boné ou chapéu, ou outro tipo de proteção contra o sol?

- |1| nunca |2| eventualmente, às vezes |3| Sempre ou quase sempre |99| NS/NR

VI - TABAGISMO

27. Com relação ao cigarro, você:

- |1| Nunca fumou |2| Parou de fumar há mais de 2 anos
|3| Parou de fumar há menos de 2 anos |4| Fuma menos de 10 cigarros por dia
|5| Fuma de 10 a 20 cigarros por dia |6| Fuma mais de 20 cigarros por dia |99| NS/NR

28. Você, que **não fuma** atualmente, fica exposto à fumaça do cigarro de outras pessoas durante o trabalho?

- |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

VII - CONSUMO DE ÁLCOOL

29. Quantas doses (**mostrar cartão**) de bebidas alcoólicas você toma numa semana normal

(típica)?

|0| Nenhuma, eu não bebo (**vá para 36**) doses |1| 1 a 7 doses |2| 8 a 14 doses
|3| 15 ou mais doses |99| NS/NR

30. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes **nos últimos 30 dias** você consumiu cinco ou mais doses (**mostre o cartão**) em uma única ocasião?

|0| Nenhuma vezes |1| 1 vez |2| 2 a 3 vezes |3| 4 a 5 vezes

|4| Mais que 5 vezes |99| NS/NR

31. Entre as bebidas alcoólicas, qual você prefere?

|1| Não consome bebida alcoólica (**vá para 36**) |2| Cerveja |3| Vinho |4| Cachaça, pinga
|5| Uísque, vodka, licor |6| Champanhe
|7| Outras bebidas destiladas |99| NS/NR

32. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

33. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?

|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

34. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

35. Você se sente culpado pela maneira como costuma beber?

|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

VIII - MORBIDADE REFERIDA

36. Algum médico já disse que você tem ou teve:

a. Bronquite ou asma	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
b. Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
c. Angina	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
d. Infarto	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
e. Acidente vascular cerebral ou derrame	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
f. Colesterol alterado	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
g. Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
h. Depressão	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
i. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
j. Outra doença do coração	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
k. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
l. Câncer	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
m. Cirrose	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
n. Problema de coluna/costas	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
o. Tendinite ou LER/DORT	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
p. Artrite, reumatismo ou gota	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR

Sobre Diabetes:

37. Algum médico já disse que você tem ou teve diabetes? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

38. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar diabetes? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR
39. Você usa atualmente algum medicamento para tratar diabetes? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

Sobre Hipertensão:

40. Algum médico já disse que você tem ou teve hipertensão? |1| Sim
|2| Não |99| NS/NR
41. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar hipertensão?
|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR
42. Você usa atualmente algum medicamento para tratar hipertensão? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR
43. **História Familiar:** Seu pai ou mãe, ou ainda seu avô ou sua avó tiveram as seguintes doenças?
- | Doenças | Nenhu
m | Pai | Mã
e | Avô
Pater
no | Avó
Pater
no | Avô
Materna | Avó
Materna |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Hipertensão ou pressão alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Acidente vascular cerebral ou derrame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Infarto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Câncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Depressão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IX - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

44. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou o médico?
|0| Nenhum |1| 1 a 2 vezes |2| 3 a 4 vezes |3| 5 a 10 vezes |4| 10 vezes ou mais |99| NS/NR
45. Quando foi a última vez que você foi ao dentista?
|1| Menos de 1 ano |2| De 1 a 2 anos |3| 3 anos ou mais |4| Nunca foi ao dentista |99| NS/NR
46. Quantas vezes você esteve internado nos últimos 12 meses:
|0| Nenhum |1| 1 a 2 vezes |2| 3 a 4 vezes |3| 5 a 10 vezes |4| 10 vezes ou mais |99| NS/NR
47. Quando foi a última vez em que um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde mediu a sua pressão?
|1| Nunca mediu a pressão |2| Há menos de 1 ano |3| entre 1 e dois anos
|4| Há mais de 2 anos |99| NS/NR
48. Você possui plano de saúde?
|1| Sim, através dessa empresa onde trabalho |2| Sim, através de outra empresa
|3| Sim, adquirido individualmente sem participação da empresa
|4| Sim, como dependente de outra pessoa |5| Não |99| NS/NR

X - USO DE MEDICAMENTOS

49. Quantos medicamentos você usou nos últimos 15 dias?
|0| Nenhum (**vá para 52**) |1| 1 medicamento |2| De 2 a 4 medicamentos |3| De 5 a 7 medicamentos
|4| De 8 a 10 medicamentos |5| Mais que 10 medicamentos |99| NS/NR

NS/NR

50. Quantos dos medicamentos usados nos últimos 15 dias foram receitados por médico?

|0| Nenhum (**vá para 52**) |1| 1 medicamento |2| De 2 a 4 medicamentos |3| De 5 a 7 medicamentos |4| De 8 a 10 medicamentos |5| Mais que 10 medicamentos |99| NS/NR

51. Descreva o nome dos medicamentos usados nos últimos 15 dias, de forma legível, preferencialmente letra de forma:

XI - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As perguntas que vamos fazer agora se referem ao seu trabalho aqui na empresa.

52. Em geral, quantos dias por semana você trabalha?

|1| 1 a 2 dias |2| 3 a 4 dias |3| 5 a 6 dias |4| 7 dias |99| NS/NR

53. Em geral, quantas horas você trabalha por dia?

|1| Menos que 4 horas |2| 4 horas |3| 5 horas |4| 6 horas |5| 7 horas
|6| 8 horas |7| Mais que 8 horas |99| NS/NR

54. Você trabalha num mesmo horário todos os dias? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

55. Você trabalha à noite pelo menos um dia por semana? |1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

56. Nos últimos 12 meses quantos dias, no total, você deixou de trabalhar por motivos relacionados à saúde?

|0| Nenhum |1| 1 a 5 dias |2| 6 a 10 dias |3| 11 a 15 dias
|4| 16 a 20 dias

|5| 21 a 25 dias |6| 26 a 30 dias |7| 31 dias ou mais |99| NS/NR

57. Do total de dias de ausência ao trabalho indicados acima, você pode dizer quantos dias foram devido a

acidentes de trabalho:

|0| Nenhum |1| 1 a 5 dias |2| 6 a 10 dias |3| 11 a 15 dias |4| 16 a 20 dias

|5| 21 a 25 dias |6| 26 a 30 dias |7| 31 dias ou mais |99| NS/NR

58. Das ausências de trabalho por motivos relacionados à saúde, algum gerou auxílio doença?

|1| Sim |2| Não
|99| NS/NR

XII – SF 12

Instruções: As perguntas feitas a seguir têm o objetivo de conhecer como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão escolhendo a melhor resposta. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder. Não existem respostas certas ou erradas.

59. Em geral, você diria que a sua saúde é (marque uma):

|1| Excelente |2| Muito boa |3| Boa |4| Ruim |5| Muito ruim |99| NS/NR

60. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer **atualmente** durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (marque o número em cada linha)

Atividades	SIM. Dificulta muito	SIM. Dificulta um pouco	NÃO. Não dificulta de modo algum	NS
(a) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/>
(b) Subir vários lances de escada.	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/>

61. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**? (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
(a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5
(b) Esteve limitado(a) no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

62. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a))**? (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
(a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5
(b) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

63. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora quanto dentro de casa)? (marque uma):

|1|De maneira nenhuma |2|Um pouco |3|Moderadamente |4|Bastante |5|Extremamente
|99| NS/NR

64. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **às últimas 4 semanas**. (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
(a) Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5
(b) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5
(c) Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

65. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas em interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

|1|Todo o tempo |2|A maior parte do tempo |3|Alguma parte do tempo
|4|Uma pequena parte do tempo |5|Nenhuma parte do tempo |99| NS/NR

66. De uma maneira geral, como você classifica a qualidade dos relacionamentos que mantém com

outras pessoas (amigos, colegas de trabalho, chefes)?

|1| Excelente |2| Muito |3| Regular |4| Ruim |99| NS/NR

67. De uma maneira geral, como você se sente em relação à sua vida?

[Considere a sua percepção em relação a sua vida como um todo, incluindo o tempo que passa no trabalho, o lazer e o tempo que passa em casa, na companhia de amigos e familiares] De uma maneira geral, como você classifica a qualidade dos relacionamentos que mantém com outras pessoas (amigos, colegas de trabalho, chefes)?

|1| Excelente |2| Muito |3| Regular |4| Ruim |99| NS/NR

68. De uma maneira geral, como você classifica o seu nível pessoal de integração/adaptação ao ambiente que o rodeia?

|1| Excelente |2| Muito |3| Regular |4| Ruim |99| NS/NR

XIII - GHQ 12

Gostaríamos de saber como tem sido a sua saúde em geral nas últimas semanas. Por favor, responda às perguntas abaixo, escolhendo a **resposta que parece mais adequada** para você. É importante que você tente responder a todas as questões. **Ultimamente:**

69. Você tem sido capaz de se manter atento nas coisas que está fazendo?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

70. Você tem perdido muito sono por preocupação?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

71. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida de alguém?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

72. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

73. Você tem se sentido constantemente agoniado(a) ou tenso(a)?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

74. Você tem notado que está difícil superar suas dificuldades?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

75. Você tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

76. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

77. Você tem se sentido triste ou deprimido?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

78. Você tem perdido a confiança em você mesmo?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

79. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?

|1| de jeito nenhum |2| não mais que de costume |3| um pouco mais que de costume
|4| bem mais que de costume |99| NS/NR

80. Você tem se sentido feliz de modo geral?

|1| melhor que de costume |2| o mesmo de sempre |3| menos que de costume
|4| muito menos que de costume |99| NS/NR

XIV - FICHA DE AFERIÇÃO DE MEDIDAS

81. PESO em kg : _____ Kg

82. ALTURA em metros: _____ m

83. IMC em kg/m^2 : _____ kg/m^2

84. PERÍMETRO ABD em cm : _____ cm

85. PA em mmHg : _____ / _____ mmHg

86. GLICEMIA em mg/dL _____ mg/dL

JEJUM: |1|SIM |2|NÃO |99| NS/NR

XV - LEVANTAMENTO DA SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR
87. CPOD INOVADO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
CONDIÇÃO																
TRATAMENTO																
CONDIÇÃO																
TRATAMENTO																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CPOD INOVADO/CONDIÇÃO DENTAL

- 0** = NÃO ERUPCIONADO
1 = CÁRIE DE ESMALTE/ DENTINA
2 = CÁRIE C/ ENVOLVIMENTO PULPAR
3 = RESTAURADO
4 = EXTRAÍDO
5 = HÍGIDO
6 = TRAUMATISMO
7 = SEM DIAGNÓSTICO

CPOD INOVADO/TRATAMENTO

- 0** = NENHUM
1 = SELANTE
2 = RESTAURAÇÕES DIRETAS
3 = RESTAURAÇÕES INDIRETAS
4 = TRATAMENTO ENDODÔNTICO
5 = EXTRAÇÃO INDICADA
6 = OUTROS PROCEDIMENTOS

88. CONDIÇÕES PROTÉTICAS
CONDIÇÕES PROTÉTICAS

- 0** = SEM PRÓTESE
1 = PRÓTESE FIXA
2 = PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
3 = PRÓTESES PARCIAIS, FIXAS E REMOVÍVEIS
4 = PRÓTESE TOTAL
5 = NÃO REGISTRADO

Superior

Inferior

NECESSIDADES DE PRÓTESES

- 0** = NÃO NECESSITA DE PRÓTESE
1 = NECESSITA DE PRÓTESE PARCIAL
2 = NECESSITA DE PRÓTESE FIXA
3 = NECESSITA DE PRÓTESE TOTAL
4 = NÃO REGISTRADO

Superior

Inferior

89. LESÕES DE MUCOSA BUCAL

PRESENÇA
 AUSÊNCIA
90. NECESSIDADE DE CONSULTA ODONTOLÓGICA
 1 **SIM**
 2 **NÃO**

Pesquisador _____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXO E – Grupos ocupacionais segundo CBO

GG 1 - MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO, DIRIGENTES DE ORGANIZAÇÃO DE INTERESSE PÚBLICO E DE EMPRESA E GERENTES

Este grande grupo compreende profissões cujas atividades principais consistem em definir e formular políticas de governo, leis e regulamentos, fiscalizar a aplicação dos mesmos, representar as diversas esferas de governo e atuar em seu nome, preparar, orientar e coordenar as políticas e as atividades de uma empresa ou de uma instituição, seus departamentos e serviços internos. Estes profissionais não possuem um nível de competência pré-definido na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1). Refletem diferentes atividades e distintos graus de autoridade, de todas as esferas de governo e esferas de organização, empresarial, institucional e religiosa do país, tais como legisladores, governadores, prefeitos, dirigentes sindicais, dirigentes de empresas, chefes de pequenas populações indígenas e dirigentes de instituições religiosas.

Este grande grupo compreende: Membros superiores e dirigentes do poder público; Dirigentes de empresas e organizações (exceto de interesse público); Dirigentes e Gerentes em empresas de serviços de saúde, de educação, ou de serviços culturais, sociais e pessoais; Gerentes.

Este grande grupo não compreende: Dirigentes das forças armadas (GG 0)

(1) Há quatro níveis de competências associados à CBO 2002. O nível 4 reúne os profissionais de nível superior constantes do GG 2. O nível 3 refere-se aos técnicos e profissionais de nível médio, constantes do GG 3. Os GGs 4, 5, 6, 7, 8 e 9 majoritariamente referem-se aos trabalhadores de nível 2. Os trabalhadores elementares (nível de competência 1) encontram-se identificados em algumas famílias dos GGs 4, 5, 6 e 9. Diferentemente da CIUO 88 que reserva o GG 9 aos trabalhadores não qualificados, a CBO 2002 destinou-o aos trabalhadores da manutenção, segmento crescente no mercado de trabalho. Há dois grandes grupos para os quais não são associados níveis de competência, dada a sua heterogeneidade: o que se refere aos dirigentes (grande grupo 1) e o que se refere às forças armadas, bombeiros e polícia militar (GG 0).

GG 2 - PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Também está incluído neste grande grupo pessoal das artes e desportos, cujo exercício profissional requer alto nível de competência como, por exemplo maestros, músicos, dentre outros. Suas atividades consistem em ampliar o acervo de conhecimentos científicos e intelectuais, por meio de pesquisas; aplicar conceitos e teorias para solução de problemas ou por meio da educação, assegurar a difusão sistemática desses conhecimentos. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competências nível quatro da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1).

Este grande grupo compreende: Pesquisadores e profissionais policientíficos; Profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia; Profissionais das ciências biológicas, da saúde e afins; Profissionais do ensino; Profissionais das ciências jurídicas; Profissionais das ciências sociais e humanas; Comunicadores, artistas e religiosos.

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores de qualquer outro nível de competência profissional que apóia trabalhos artísticos como, por exemplo, camareira de teatro e técnico de som.

GG 3 - TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem, para seu desempenho, conhecimentos técnicos e experiência de uma ou várias disciplinas das ciências físicas e biológicas ou das ciências sociais e humanas. Essas atividades consistem em desempenhar trabalhos técnicos relacionados com a aplicação dos conceitos e métodos em relação às esferas já mencionadas referentes à educação de nível médio. A maioria das ocupações deste grande grupo relaciona-se ao nível 3 de competência da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88.

Este grande grupo compreende: Técnicos polivalentes (2); Técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins; Técnicos de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins; Professores leigos e de nível médio; Técnicos de nível médio em serviços de transportes; Técnicos de nível médio nas ciências administrativas; Técnicos de nível médio dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos; Outros técnicos de nível médio (3).

Este grande grupo não compreende: Profissionais de nível superior cuja denominação de "técnico" foi consagrada no mercado.

(2) Técnicos polivalentes: vários domínios de conhecimentos técnicos, por exemplo, mecatrônica.

(3) Outros técnicos de nível médio como, por exemplo, técnicos de apoio à pesquisa e desenvolvimento.

GG 4 - TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Este grande grupo compreende dois subtipos. Aqueles que realizam trabalhos burocráticos, sem contato constante com o público e trabalhadores administrativos de atendimento ao público. O primeiro subtipo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos e experiência necessários para ordenar, armazenar, computar e recuperar informações. As atividades consistem em realizar trabalho de secretaria, digitar e/ ou escanear e reproduzir textos e dados em computadores, realizar outros tipos de operação em equipamentos de escritório. O segundo subtipo compreende atividades de fornecimento de serviços a clientes como os realizados por auxiliares de biblioteca, documentação e correios, operadores de caixa, atendentes etc. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competência de nível 2 da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1).

Este grande grupo compreende: Escriturários; Trabalhadores de atendimento ao público.

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores administrativos e de atendimento ao público cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas e de nível superior.

GG 5 - TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS

Este grande grupo compreende as ocupações cujas tarefas principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para as prestações de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança ou a venda de mercadorias em comércio e mercados. Tais atividades consistem em serviços relacionados a viagens, trabalhos domésticos, restaurantes e cuidados pessoais, proteção às pessoas e bens e a manutenção da ordem pública, venda de mercadorias em comércio e mercados. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competências de nível 2 da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88.

Este grande grupo compreende: Trabalhadores dos serviços; Vendedores e prestadores de serviços do comércio.

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores de prestação de serviços e do comércio cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas ou de nível superior.

GG 6 - TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para a obtenção de produtos da agricultura, da silvicultura e da pesca. Suas atividades consistem em praticar a agricultura a fim de obter seus produtos, criar ou caçar animais, pescar ou criar peixes, conservar e plantar florestas e em vender, quando se trata dos trabalhadores dedicados à agricultura e à pesca comerciais, produtos a compradores, a organismos de comercialização ou em mercados. A maioria das ocupações deste grande grupo requer competências de segundo grau, segundo a definição da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO 88 (1).

Este grande grupo compreende: Produtores na exploração agropecuária (2); Trabalhadores na exploração agropecuária; Pescadores e extrativistas florestais; Trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.

Este grande grupo não compreende: Técnicos agropecuários (nível médio - GG 3); Profissionais da agricultura de nível superior (GG 2); Diretores e gerentes de atividades agropecuárias (GG 1).

(2) Produtores na exploração agropecuária (que trabalham na atividade fim).

GG 7 - TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e as atividades necessários para produzir bens e serviços industriais. O GG 7 concentra os trabalhadores de produção extrativa, da construção civil e da produção industrial de processos discretos, que mobilizam habilidades psicomotoras e mentais voltadas primordialmente à forma dos produtos, enquanto no GG 8 concentram-se os trabalhadores que operam processos industriais contínuos, que demandam habilidades mentais de controle de variáveis físico-químicas de processos.

Este grande grupo compreende: Trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil; Trabalhadores da transformação de metais e compósitos; Trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica; Montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais; Joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins; Trabalhadores das indústrias têxtil, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas; Trabalhadores das indústrias de madeira e do mobiliário; Trabalhadores de funções transversais (1).

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais e de manutenção cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas ou de nível superior. Há uma zona de sobreposição entre supervisores de primeira linha e técnicos. A CBO 2002 optou pela inclusão dos supervisores junto com os seus supervisionados, para facilitar o processo de codificação, uma vez que a maioria é oriunda das mesmas ocupações que supervisionam, após longos anos de experiência profissional.

(1) Trabalhadores de funções transversais (tais como operadores de robôs, de veículos operados e controlados remotamente, condutores de equipamento de elevação e movimentação de cargas etc.).

GG 8 - TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e as atividades necessários para produzir bens e serviços industriais. O GG 7 concentra os trabalhadores de produção extrativa, da construção civil e da produção industrial de processos discretos, que mobilizam habilidades psicomotoras e mentais voltadas primordialmente à forma dos produtos, enquanto no GG 8 concentram-se os trabalhadores que operam processos industriais contínuos, que demandam habilidades mentais de controle de variáveis físico-químicas de processos.

Este grande grupo compreende: Trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias; Trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção; Trabalhadores de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel; Trabalhadores da fabricação de alimentos, bebidas e fumo; Operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades).

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores de produção de bens e serviços industriais e de manutenção cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas ou de nível superior. Há uma zona de sobreposição entre supervisores de primeira linha e técnicos. A CBO 2002 optou pela inclusão dos supervisores junto com os seus supervisionados para facilitar o processo de codificação, uma vez que a maioria é oriunda das mesmas ocupações que supervisionam, após longos anos de experiência profissional.

GG 9 - TRABALHADORES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO

Este grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem, para seu desempenho, os conhecimentos e as atividades necessários para reparar e manter toda a sorte de bens e equipamentos, seja para uso pessoal, de instituições, empresas e do governo.

Este grande grupo compreende: Operadores de outras instalações industriais; Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica; Polimantenedores; Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação.

Este grande grupo não compreende: Trabalhadores de manutenção cujo exercício das atividades mobiliza conhecimentos técnicos profissionalizantes que são próprios da formação técnica de ensino médio ou superior.

GG 0 - MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES

Este grande grupo compreende as ocupações vinculadas às Forças Armadas, que é composta por pessoas que, por decisão própria ou obrigação, prestam normalmente serviços nas diferentes armas e em serviços auxiliares e não desfrutam da liberdade de aceitar um emprego civil. Integram os membros do exército, da marinha e da aeronáutica e outros serviços assim como as pessoas recrutadas compulsoriamente para cumprir o serviço militar. Também faz parte deste grande grupo policiais e bombeiros militares. Esse grande grupo é heterogêneo no que se refere ao nível de competência de seus membros, englobando diferentes esferas de autoridade.

Este grande grupo compreende: Membros das Forças Armadas; Policiais militares; Bombeiros militares.

Este grande grupo não compreende: Policiais civis; Oficiais da marinha mercante.

APÊNDICE – Projeto de pesquisa



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM INDUSTRIÁRIOS
DA BAHIA**



FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2010

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM INDUSTRIÁRIOS
DA BAHIA**

Projeto de pesquisa dirigido ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva - Mestrado
Acadêmico - do Departamento de
Saúde da Universidade Estadual de
Feira de Santana sob a orientação da
Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2010

ILVA SANTANA SANTOS FONSECA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM INDUSTRIÁRIOS
DA BAHIA**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, como exigência
para qualificação pela Universidade
Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, ____ / ____ / ____

Profa Dra Tânia Maria Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Prof Dr Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Profa Dra Leticia Coelho da Costa Nobre
(Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador – CESAT)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	99
2 OBJETIVOS.....	102
2.1 GERAL	102
2.2 ESPECÍFICOS.....	102
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	103
3.1 A relação trabalho e saúde.....	103
3.2 O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÕES OCUPACIONAIS.....	106
3.2.1 A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO - 2002).....	107
3.3. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	109
3.3.1 General Health Questionnaire (GHQ – 12).....	110
4 METODOLOGIA.....	114
4.1 DEFINIÇÃO DO TIPO DE ESTUDO	114
4.2 CAMPO DO ESTUDO.....	114
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	116
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	116
4.5 ESTUDO PILOTO E TREINAMENTO DAS EQUIPES.....	118
4.6 COLETA DOS DADOS	118
4.7 BANCO DE DADOS	119
4.8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	120
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	121
Potenciais confundidoras	122
4.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	123
5 VIABILIDADE.....	124
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	125
7 CRONOGRAMA	126
8 ORÇAMENTO	1
REFERENCIAS	2

1 INTRODUÇÃO

Na época atual, vive-se a interferência dos efeitos da globalização sobre a vida dos indivíduos. Experimenta-se também os avanços na atenção à saúde, o aumento da expectativa de vida e melhoria das condições sanitárias². Por outro lado, hábitos alimentares e aumento do sedentarismo, devido ao ritmo de vida acelerado, têm favorecido o aumento da prevalência de enfermidades como as doenças e agravos não-transmissíveis (DANT).

As DANTs constituem um grupo de doenças cuja característica mais comum é a ausência de infecção e/ou contágio, como as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, hipertensão arterial, doenças mentais, doenças genéticas e agravos causados por acidentes e violências (WHO, 2005).

Estudos têm relacionado estas doenças ao estilo de vida não saudável, o qual tem influenciado consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos e a saúde, afetando diretamente a produtividade das pessoas e das empresas, o desenvolvimento do país e, sobretudo, o gerenciamento dos serviços de saúde e da previdência (MERRILL, ALDANA, GREENLAW, DIEHL, 2008; OGATHA, MARCHI, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, 58 milhões de pessoas morreram por alguma doença crônica. No Brasil, em 2006, verificou-se em torno de 33% a mortalidade devido a alguma complicação destas doenças (WHO, 2005; BRASIL, 2006). Dentre estas doenças, encontram-se os transtornos mentais comuns (TMC), que tem tido impacto relevante sobre a saúde das populações. De acordo com dados da OMS (1997), durante toda a vida, mais de 25% das pessoas apresentam algum tipo de transtorno mental e comportamental, evidenciando relevância no direcionamento da assistência no campo da saúde para a morbidade psíquica.

Os transtornos mentais comuns (TMC) referem-se a uma expressão criada por Goldberg e Huxley para designar doenças mentais caracterizadas por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR, MELO-FILHO, 2002).

² No Brasil, segundo o IBGE (2008), a expectativa de vida ao nascer atingiu 72,7 anos em 2008.

Estudos realizados em países industrializados revelaram que a prevalência de TMC varia de 7% a 30% (COSTA et. al, 2002). No Brasil, ainda se verifica um número restrito de pesquisas na área de saúde mental, envolvendo os transtornos mentais em grupos ocupacionais, apesar do número crescente que se tem observado. Entre estes estudos, muitos têm verificado associação positiva entre estes transtornos e a variáveis relativas ao estilo de vida (ALMEIDA, 1999).

Estes transtornos representam um alto custo social e econômico para as empresas, pois incapacitam os trabalhadores e constituem causa importante de absenteísmo, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.

Para mensurar e detectar os TMC, alguns instrumentos são utilizados, entre eles o Questionário Geral de Saúde (QSG). Este instrumento, auto-aplicável, criado por Goldberg (1972) a fim de detectar distúrbios neuróticos, inicialmente foi composto por 60 itens, sendo posteriormente apresentado em versões resumidas, contendo 30, 20 e, por fim, 12 itens, sem ter sua confiabilidade comprometida (GOUVEIA, et al. 2003).

No Brasil, entre as populações em que se tem estudado mais especificamente as DANTs e a relação com a saúde e o estilo de vida, está a dos industriários. O Serviço Social da Indústria (SESI) realizou um estudo piloto em 2006 nos estados de Alagoas, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Tocantins, com 4.818 trabalhadores da indústria brasileira e verificou que destes mais de 25% apresentaram algum fator de risco para doenças não-transmissíveis, dentre esses, 26,3% apresentaram hipertensão e 55,7% relataram história familiar de hipertensão arterial (SESI, 2007).

Diante dessa realidade e do mercado de trabalho cada vez mais exigente de trabalhadores com diversas competências, além de uma vida saudável e de qualidade, já que os indivíduos com estes requisitos contribuem positivamente para o desempenho das empresas, as organizações estão investindo cada vez mais na qualidade de vida dos seus trabalhadores, dentro e fora do ambiente de trabalho, a fim de proporcionar melhoria na saúde dos seus empregados.

Considerando a relevância do estudo da saúde mental em grupos ocupacionais, pretende-se com este projeto verificar: **Qual a prevalência de TMC entre os industriários baianos? Existe associação entre ocupações e a prevalência de transtornos mentais comuns entre os industriários bahianos?**

Em virtude das evidências científicas que tem revelado uma relação da saúde com o trabalho, o presente projeto de pesquisa se justifica pela **relevância científica** que apresenta, já que irá contribuir para o estudo da qualidade de vida e dos TMC, através da relação com a ocupação, fazendo uso da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Também apresenta **relevância social**, pois possibilitará subsídios para possíveis intervenções e novos posicionamentos do Serviço Social da Indústria (SESI) frente aos industriários baianos.

Por buscar assumir uma posição diferenciada no gerenciamento da saúde dos trabalhadores da indústria, visando ser um provedor indispensável de soluções para a indústria através de novas atuações na área da saúde, o presente estudo poderá contribuir com novas informações sobre a saúde e a qualidade de vida desses trabalhadores, e conseqüentemente, fornecendo subsídios para elaboração de novas ações no campo da saúde dos trabalhadores da indústria.

Vale salientar que o presente projeto apresenta-se **viável**, pois faz parte de uma pesquisa maior do Serviço Social da Indústria (SESI): “Diagnóstico de Saúde e estilo de vida dos trabalhadores da indústria”, efetuada em todo o Brasil, com início em 2007 estando em curso até o presente ano, fato que facilita o desenvolvimento deste projeto, visto que não será necessária a utilização de grandes recursos para concretizá-la.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo ocupação no setor industriário da Bahia.
- ✓ Avaliar a qualidade de vida segundo ocupação no setor industriário da Bahia.

2.2 Específicos

- ✓ Descrever o perfil da população segundo características sociodemográficas e do trabalho;
- ✓ Descrever as características do trabalho segundo ocupações;
- ✓ Estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas e do trabalho da população.
- ✓ Estimar a qualidade de vida segundo características sociodemográficas, classificação brasileira de ocupações e do trabalho população.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A história da humanidade é marcada pelo envolvimento do homem com o trabalho, e conseqüentemente, da influência deste sobre a sua vida. De acordo com Oliveira (2006), o trabalho é a atividade que o homem desenvolve em diversas maneiras com o objetivo de produzir riqueza, e o contexto histórico é que proporciona validade e estabelece o seu limite.

Ao longo da história, as formas de trabalho foram ganhando novas características e se modificando, originando novos processos de organização do trabalho e novos posicionamentos do trabalhador.

Desde a formação primitiva, quando o trabalho coletivo era realizado para produzir apenas a subsistência, até os dias atuais, em que as tecnologias da informação predominam, exigindo do homem novas competências, e o conhecimento assume um papel fundamental no mundo do trabalho, verifica-se quão significativa esta atividade laborativa é na vida do homem, fazendo-se necessário lançar um olhar diferenciado sobre a influência do trabalho sobre a vida humana, sobretudo no que tange a relação trabalho e saúde.

3.1 A relação trabalho e saúde

Durante a Revolução Industrial (séc. XVIII – XX), diversas modificações no mundo do trabalho foram observadas, desde o processo de produção até as condições de vida e de saúde dos trabalhadores. As jornadas de trabalho longas, sobre condições inadequadas, insalubres, extremamente desfavoráveis à saúde destes trabalhadores eram uma realidade constante, em prol do sistema capitalista que cada vez mais se consolidava no contexto mundial (BERLINGUER, 1988).

Os locais de trabalho sem adequações físicas, e até sociais, favoreciam a origem e a proliferação de diversas doenças de caráter infecto-contagioso e crônico. Além disso, verificava-se a alta periculosidade destas atividades laborais, já que se observava um alto número de mutilações e mortes (LAURELL, NORIEGA, 1989, MINAYO-GOMEZ, COSTA, 2007).

Neste contexto emergente de uma nova visão da saúde do trabalhador, verificava-se o profissional médico nas fábricas, caracterizando a medicina do trabalho,

A presença de um médico no interior das unidades fabris representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. Instaurava-se assim o que seria uma das características da Medicina do Trabalho (MINAYO-GOMEZ, COSTA, 2007)

Esta medicina exercida dentro dos ambientes de trabalho das indústrias foi sendo implantada de forma que se predominava uma visão biológica e individual, por meio de uma relação unicausal, que afirmava que as doenças advêm do exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas, sendo estas enfermidades causadas por um grande número de fatores, como desequilíbrios químicos, microorganismos e a própria predisposição genética (KOIFMAN, 2001).

Críticas a esta visão unicausal das enfermidades começaram a surgir por volta de 1960, iniciando um novo olhar da medicina, deixando de reduzir o indivíduo ao âmbito biológico e traçando o processo saúde doença em um contexto onde a relação com o social estava presente. A saúde começou a ser vista como um processo coletivo, influenciando na origem da investigação do processo de trabalho e saúde dentro do campo das ciências sociais e da saúde (LAURELL, NORIEGA, 1989).

Neste cenário, surge a corrente da Medicina Social ou Saúde Coletiva que amplia a discussão do processo saúde doença e a problemática da saúde coletiva que é colocada como um processo social e político. As teorias a respeito da saúde são reformuladas e a doença não é mais o objeto do conhecimento, mas o processo biopsíquico humano.

Nos tempos atuais, tem-se percebido transformações no mundo do trabalho as quais têm repercutido na saúde dos trabalhadores de forma intensa. As diversas inovações organizacionais modificaram a estrutura produtiva levando a transformações nas condições de trabalho provocando um consumo exagerado e um desgaste físico e mental dos trabalhadores, afetando sua saúde.

A época atual vive a interferência dos efeitos da globalização sobre a vida de cada indivíduo. Os avanços na atenção à saúde, o aumento da expectativa de vida, melhoria das condições sanitárias, por outro lado a piora dos hábitos alimentares e aumento do sedentarismo, devido ao ritmo de vida acelerado, têm permitido o aparecimento de várias doenças ocupacionais.

Neste cenário laboral, determinadas características como a competitividade, a demanda aumentada, elevação exacerbada da produtividade acabam exercendo influências diretas sobre a vida dos trabalhadores, que em grande parte precisam ser além de polivalentes, também supercompetentes. As pessoas acabam colocando sua individualidade em segundo plano e a profissão toma quase todo o espaço na sua vida, as impedindo de cuidar de si mesmas. Desta forma, elas ficam muito tempo submetidas a esta organização de trabalho, as quais podem provocar determinados estímulos que levam algumas vezes a uma desestruturação orgânica, favorecendo o surgimento de enfermidades (BRASIL, 2005).

Ururahy (2005) lembra que o ser humano é produto do meio e que a dinâmica das doenças permite que elas o acompanhe.

Quando um indivíduo ... desenvolve um estilo de vida inadequado, isto é, alimentação desequilibrada (excesso de calorias, de açúcar, sal, gordura, álcool); uso constante de estimulantes (cafeína, nicotina); noites mal dormidas; e sedentarismo, as doenças encontram espaço fértil para se desenvolver. Assim, os percentuais de doenças que incapacitam e matam estão aumentando. E a faixa etária das pessoas acometidas por essas doenças está diminuindo.

As condições de trabalho associados ao estilo de vida inadequado tem revelado o crescimento das diversas doenças crônicas não transmissíveis, que tem assolado em grande parte a classe trabalhadora, entre estas encontram-se as doenças cardiovasculares e as doenças mentais (GABY, 2008).

Os estudos epidemiológicos envolvendo populações de trabalhadores surgem para associar o aparecimento destas patologias às ocupações, a partir da relação homem versus trabalho, o que ultrapassa o caráter preventivo ou curativo, de modo a direcionar as atividades para a promoção da saúde, sendo os estudos epidemiológicos instrumentos de investigação das relações saúde-trabalho-doença (BENSOUSSAN et al., 1988)

3.2 O sistema de classificações ocupacionais

Um sistema de classificação de ocupações é um sistema de classificação de dados e informações das ocupações que fornece subsídios para análise, agregação e descrição do conteúdo do trabalho, além de um sistema de níveis e áreas, para classificar as ocupações no mercado de trabalho.

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) adotou em 1957, a partir da 9ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, a primeira versão de classificações dos tipos de profissões conhecida como ISCO – 1958 (International Standard Classification of Occupations), com o objetivo de organizar postos de trabalho em um conjunto bem definido de grupos de acordo com as tarefas e funções desenvolvidas no trabalho (ILO, 2008).

Esta primeira versão internacional foi substituída por ISCO-68, que foi adotada pela 11ª Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, em 1966, e em 1987, a terceira versão da Classificação Internacional das Profissões, ISCO-88. Em 2007, esta última versão foi atualizada e é conhecida como ISCO – 08, estando nos idiomas inglês, francês e espanhol.

Na Classificação Internacional (ISCO-88) as ocupações estão agrupadas em 10 grandes grupos:

Grupo Principal 1: Legisladores, Oficiais Sêniores e Administradores;

Grupo Principal 2: Profissionais

Grupo Principal 3: Técnicos e Profissionais Associados

Grupo Principal 4: Empregados de Escritório

Grupo Principal 5: Trabalhadores da Área de Serviços, Atendentes de Loja e Vendedores.

Grupo Principal 6: Agricultores e Pescadores Especiais

Grupo Principal 7: Artesãos e Negociantes

Grupo Principal 8: Operadores de Máquina e Montadores de Fábrica

Grupo Principal 9: Ocupações Elementares

Grupo Principal 10: Forças Armadas

3.2.1 A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO - 2002)

O Ministério do Trabalho e Emprego Brasileiro (MTE) elaborou a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, que é um documento que “reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro” (BRASIL, 2002, p.01).

Esta classificação surgiu em 1994, a partir Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRA/70/550), baseado na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações – ISCO, de 1968. Este projeto foi proveniente do convênio entre o governo do Brasil e o programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), com a colaboração da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). A segunda edição da CBO foi elaborada em 2002 e contém as ocupações organizadas por famílias, em que cada uma destas constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo (BRASIL, 2002).

A CBO é usada em registros administrativos como a Relação Anual de Informações Sociais - Rais, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Caged, Seguro Desemprego, Declaração do Imposto de Renda de Pessoa Física - Dirpf, dentre outros. Além disso, ela é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores no mercado de trabalho, na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas, nos serviços de imigração, e em qualquer atividade que necessite de informações sobre o conteúdo do trabalho.

De acordo com a CBO, existem três conceitos básicos necessários para se compreender o cenário ocupacional, que são: ocupação, emprego e competências. A definição de ocupação é dada pela “agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas” (BRASIL, 2002). Emprego ou situação de trabalho é definido pelo Ministério do Trabalho e Emprego como “um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício”. Esta é a unidade estatística da CBO (BRASIL, 2002).

Já o conceito de competência apresenta duas dimensões:

“Nível de competência: função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho. Domínio (ou especialização) da competência:

relaciona-se às características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica, processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação” (BRASIL, 2002).

A CBO 2002 pressupõe somente um nível de competência possível por ocupação, família, subgrupo, subgrupo principal e grande grupo ocupacional. A sua estrutura é formada por um conjunto de códigos e títulos de forma hierárquico-piramidal de acordo com o Quadro 1:

Quadro 1. Nova composição da CBO em relação à estrutura de 1994. BRASIL, 2002.

Estrutura	Sigla	CBO94	CBO2002
Grandes Grupos	GG	8	10
Subgrupos Principais	SGP	-	47
Subgrupos	SG	86	192
Grupos de base ou famílias	GB	353	596
Ocupações	O	2.356	2.422

Os 10 grandes grupos (GG): formam a categoria de classificação mais agregada. É representada pelo primeiro número do código da família. Os grandes grupos são:

- ✓ 0 Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares
- ✓ 1 Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes
- ✓ 2 Profissionais das ciências e das artes
- ✓ 3 Técnicos de nível médio
- ✓ 4 Trabalhadores de serviços administrativos
- ✓ 5 Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e

mercados

- ✓ 6 Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca
- ✓ 7 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
- ✓ 8 Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
- ✓ 9 Trabalhadores de manutenção e reparação

Existem 47 subgrupos principais (SGP) que são agrupamentos mais restritos que os grandes grupos. Representados pelos 2 primeiros números do código da família. Além destes SGP, há os 192 subgrupos (SG), também denominados grupos primários, grupos unitários e famílias ocupacionais, que reúnem ocupações que apresentam estreito parentesco tanto em relação à natureza de trabalho quanto aos níveis de qualificações exigidos. Representado pelos 3 primeiros números do código da família. Por fim, têm-se os 596 grupos de base ou famílias ocupacionais (GB), onde se agrupam 2.422 ocupações e cerca de 7.258 títulos sinônimos: é a unidade do sistema de classificação e é representado pelo código total de 4 números.

3.3. Transtornos mentais comuns

As doenças mentais fazem parte de um grupo de doenças denominadas DANTs. As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) fazem parte de um grupo de enfermidades que a sua origem “não está baseada em mecanismos de transmissão de agentes etiológicos, mas depende de uma rede causal, constituída pela interação de diversos fatores, como os biológicos, sociais, etc.” (COUTINHO, et al. 2004, p.01).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), as DANTs são responsáveis por 60% da mortalidade mundial, 45% da morbidade global, 2/3 do total de óbitos no Brasil e 69% dos gastos referentes à saúde no Brasil.

Fazem parte deste grupo as doenças crônicas (como a hipertensão arterial), as doenças mentais (entre elas os transtornos mentais comuns) e os agravos relacionados às causas externas. Caracterizam-se, de maneira geral, por um longo período de latência, evolução prolongada, causa não elucidada totalmente e complicações de graus diversificados (COUTINHO, et al., 2004, BRASIL, 2009).

O desgaste emocional que as pessoas estão submetidas nas relações sociais nos diversos ambientes em que vivem é bastante significativo na determinação de transtornos mentais como é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, dentre outras. (BERTOLOTE, 1997).

Ao longo da vida, mais de 25% das pessoas apresentam pelo menos um transtorno mental ou comportamental de acordo com a OMS e eles são influenciados pela combinação de diversos fatores, entre eles os biológicos e os psicossociais (OMS, 2001).

Entre estes transtornos se encontram os transtornos mentais comuns (TMC), definidos por Goldberg e Huxley em 1992, que se caracterizam, por sinais e sintomas como insônia, fadiga, irritação, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Alguns estudos revelam que estes transtornos contribuem para cerca de 1/3 dos dias perdidos no trabalho, taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos nas funções sociais e físicas das pessoas (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Pesquisas de base populacional mostram que a prevalência de TMC varia entre 7% a 30%, e estudos brasileiros têm identificado prevalências ainda maiores, como os estudos feitos por Ludermir e Melo Filho (2002), Reis et al (2005) e Araújo et al (2005) (GOLDBERG, HUXLEY, 1992; COUTINHO et al., 1995; LUDERMIR E MELO FILHO, 2002)

Reis et al. (2005) realizaram uma investigação para avaliar a o conteúdo do trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns entre professores de Vitória da Conquista, Bahia, e observaram uma prevalência de TMC 55,9% na população. Araújo, et al. (2005), em uma pesquisa sobre saúde mental em Feira de Santana/BA, verificaram, entre as mulheres, uma prevalência de 39,4%; Ludermir e Melo-Filho (2002), buscando determinar a prevalência destes transtornos, na população de adultos de Olinda / PE, em uma amostra domiciliar, obtiveram prevalência de 35%.

3.3.1 *General Health Questionnaire* (GHQ – 12)

Alguns instrumentos são utilizados para rastrear os transtornos mentais comuns, como o *General Health Questionnaire* (GHQ). Este foi elaborado na

Inglaterra por Goldberg (1972) e é usado para detectar distúrbio psiquiátrico não psicóticos na população em geral. Ele avalia o estado atual do entrevistado e pergunta se difere do seu estado normal (GOUVEIA, et al, 2003).

Em sua versão completa, o GHQ é composto por 60 itens. Posteriormente, foram sendo elaboradas versões reduzidas contendo 30, 28, 20 e 12 itens. Em todas as versões, os itens são avaliados por 4 opções de respostas: 0 = menos do que o habitual, 1 = não mais que de costume, 2 = um pouco mais do que usual, 3 = ou muito mais do que o habitual).

A versão resumida, GHQ-12, é composta por 12 itens, e tem propriedades psicométricas comparáveis às versões com mais itens; em geral, necessita de cerca de dois minutos para ser respondido, por isso esta versão é freqüentemente utilizada em estudos de investigação de tempo curto de aplicação, sobretudo em estudos com populações de trabalhadores.

O GHQ-12 produz apenas uma pontuação global total e os itens consistem em uma escala de quatro pontos (QUADRO 2). A escala de pontuação pode variar de 0 a 3 dependendo do método utilizado. Os principais métodos de escores são: o método GHQ tradicional, dicotomizado, no qual se atribui 0 se os indivíduos escolhem qualquer uma das duas primeiras categorias, ou 1, para escolhas da terceira ou da quarta categoria. Este é o método defendido por Goldberg. Neste estudo, o caso é definido quando a pontuação global equivale a 3 ou mais; o método *Likert*, no qual às respostas são atribuídas as pontuações de 0, 1, 2 e 3 e o *Likert* modificado, com pontuações de 0, 0, 1, 2. Neste projeto, utilizar-se-á a versão tradicional de Goldberg (BORGES, et al. 2002; GOUVEIA, et al., 2003).

QUADRO 2. Avaliação da escala psicometrica de métodos de pontuação do GHQ.

Nível de medição	Nome	Referencia	Itens positivos (onde concordam saúde)	Itens negativos (pouca saúde /doença)
Metrica	Continua	Goldberg (1978)	4 valores (0123) 3 valores (0012)	4 valores (0123) 3 valores (0012)
	Positiva	Huppert e Whitngton (2003)	[2-1-0-0]	N/A
Politômica (ordinal)				
4 categorias / Likert	Convencional	Goldberg (1978)	[0-1-2-3]	[0-1-2-3]
3 categorias / Likert modificado	Colapso - baixo Colapso - alto	Croudace et al.	[0-0-1-2]	[0-0-1-2]
Dicotômica (binaria)				
GHQ score -	Tradicional	Goldberg (1978)	[0-0-1-1]	[0-0-1-1]
Corrigida / GHQ score -	CGHQ	Goodhild e Duncan-Jones (1985)	[0-0-1-1]	[0-1-1-1]
LCA positiva	mudança social positiva	Ploubidis et al (2007)	[1-0-0-0]	N/A

A validação deste instrumento no Brasil, na versão completa, foi realizada por Pasquali et.al (1994), em uma amostra de 902 adultos de população não clínica. Nesta pesquisa, a confiabilidade do instrumento foi verificada através do coeficiente α de Cronbach³, e este foi equivalente a 0,85. Outras pesquisas nacionais e internacionais também buscaram verificar a adaptação deste instrumento e perceberam que ele é consistente para o que se destina (QUADRO 3).

³ O alpha de Cronbach (α) é um indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico, sendo por vezes chamado de coeficiente de fidedignidade de uma escala. Foi nomeado como alfa por Cronbach (1951), com intenção de replicar a técnica em outros instrumentos. Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento, maior vai ser o valor do α , por esta razão, ele também é conhecido como consistência interna do teste. O α pode assumir valores entre 1 e infinito negativo (embora apenas valores positivos faça sentido). Pesquisadores, como regra geral, postulam que um bom valor do α seria 0,70 ou superior (obtido com uma amostra significativa) e procuram instrumentos com essa especificação antes de utiliza (CAVALCANTI, 2009).

Quadro 3. Estudos nacionais e internacionais de validação do GHQ-12.

AUTOR	AMOSTRA	LOCAL	ALFA DE CRONBACH (α)*
GONZÁLEZ-ROMÁ, V. et al (1991)	167 pessoas de diferentes organizações ocupacionais, com diferentes funções	Espanha	0,83 ***F 1 - 0,75 F 2 - 0,85
GONZÁLEZ-ROMÁ, V., LLORET, S., ESPEJO, B. (1993)	112 policiais	Espanha	0,87 F 1 - 0,76 F 2 - 0,83
BORGES, L. O., ARGOLO, J. C. T. (2002)	Duas amostras de empregados (N=288 - 152 bancários e 136 profissionais de saúde) e desempregados (N=158)	Natal / Rio Grande do Norte / Brasil	0,88 F 1 - 0,75 F 2 - 0,85
MONTAZERI, A. et al (2003)	748 jovens com idade entre 18 e 25 anos	Irã	0,87**
GOUVEIA, V. V. et al (2003)	305 pessoas da população geral	João Pessoa / Paraíba / Brasil	0,84 F 1 - 0,66 F 2 - 0,81

*Alguns estudos avaliaram a consistência interna do questionário através da análise unifatorial, escore global, e outros também verificaram a estrutura bifatorial. Estes dois fatores são: ansiedade, formado por 04 questões (1, 2, 5 e 7) e depressão, formado por 08 itens (3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12)

** Este estudo avaliou a confiabilidade unifatorialmente.

*** Estrutura bifatorial.

4 METODOLOGIA

4.1 Definição do tipo de estudo

Tratar-se-á de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal para estimação da prevalência de TMC e avaliação da qualidade de vida segundo grupos ocupacionais na Bahia.

Este tipo de estudo se caracteriza pela observação direta de uma população em determinado período de tempo. É apenas no momento da análise dos dados que permite avaliar quem são os grupos de expostos e não expostos e de doentes e não doentes. Os resultados são expressos através da prevalência, que traduz a fração da população que é portadora do evento em consideração (MEDRONHO, 2006; PEREIRA, 2006).

Este tipo de estudo tem como vantagens: simplicidade, baixo custo, rapidez, objetividade na coleta dos dados, facilidade na obtenção da amostra com representatividade na população, apresenta como desvantagens o fato dos dados de exposição atual não representarem os dados das informações passadas, além do que, prevalências baixas exigem uma amostra grande, o que leva a uma dificuldade de ordem operacional.

4.2 Campo do estudo

Esta pesquisa teve como campo de estudo o Estado da Bahia. Este Estado possui 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador. Apresenta uma área geográfica de 564.692.669 km² e população estimada, em 2007, de 14.080.654 habitantes (IBGE, 2008).

Segundo dados da Federação das Indústrias do Estado da Bahia (FIEB), em 2008 existiam aproximadamente 4.800 empresas no Estado. Em 2009, o número de empresas que procuraram áreas para instalar suas fábricas e investir no Estado, cresceu de 88% em relação a 2008 (FIEB, 2008).

Perfil do SESI

O Serviço Social da Indústria (SESI) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com atuação em todo o território nacional. Foi criado em 1º de julho de 1946, pela Confederação Nacional da Indústria, com base no Decreto Lei 9.043 de 25 junho de 1946.

O Departamento Regional do SESI na Bahia integra o Sistema FIEB - Federação das Indústrias do Estado da Bahia, que representa os interesses das indústrias por meio das entidades SESI, SENAI, IEL, CIEB e CAMPI.

O SESI é uma organização de grande porte do setor de serviços, formada por Unidades de Negócio e Núcleos, distribuídos nas regiões de maior concentração de indústrias. Na Bahia, existem oito unidades de negócios e um núcleo localizado em Salvador. As unidades estão localizadas em Juazeiro, Feira de Santana, Salvador (Lucaia), Ihéus e Vitória da Conquista, Camaçari, Valença e Jequié. Destas, apenas 05 realizaram o Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida na Bahia em 2009: Juazeiro, Feira de Santana, Salvador (Lucaia), Ihéus e Vitória da Conquista. (FIGURA 1).

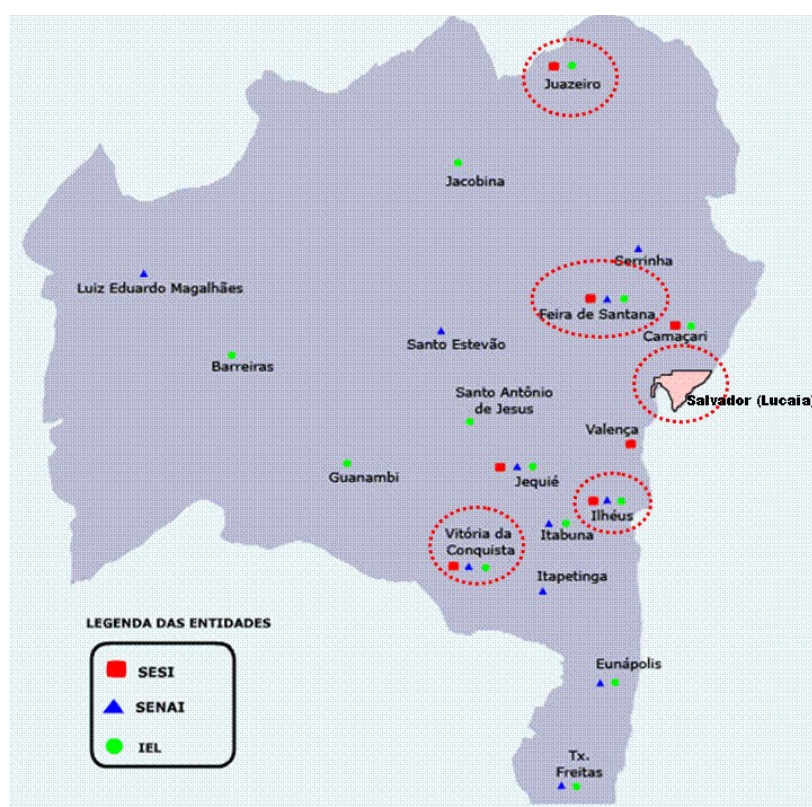


Figura 1. Unidades do SESI na Bahia. 2009.

4.3 População do estudo

A população do estudo será constituída dos trabalhadores das empresas cadastradas na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) que participaram, no ano de 2009, do “*Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do Trabalhador da Indústria*” do SESI, e que estavam em efetiva atividade durante o período da coleta de dados (janeiro a dezembro de 2009).

Durante a coleta, consideraram-se inelegíveis para a pesquisa os industriários que se encontravam afastados de suas atividades profissionais por: licenças médica, maternidade, transferidos ou de férias.

Foram cadastrados durante a pesquisa, 59.477 industriários, destes 57.953 foram elegíveis, e 35.472 tiveram seus dados coletados e válidos no Sistema de Gerenciamento Risco Saúde na Indústria (SGRSI), o correspondente a 61,2% da população elegível.

Foram considerados questionários válidos, aqueles que tiveram no mínimo 75,0% deste preenchido pelo entrevistado e com os dados do bloco XV (Ficha de aferição de medidas) todos completos (ANEXO C).

4.4 Instrumentos de pesquisa

A coleta dos dados utilizou dois instrumentos. O primeiro composto por dados da empresa (dados comerciais e ramo de atividade segundo Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE) e dos trabalhadores (dados pessoais, NIT, data de admissão, setor de trabalho e Classificação Brasileira de Ocupações – CBO).

O outro instrumento de pesquisa utilizado foi constituído por um questionário estruturado em blocos, denominado “*GRSI – Gerenciamento do Risco Saúde na Indústria: Inventário das condições de saúde*”. Este questionário, auto-aplicável, apresenta os seguintes blocos (ANEXO C):

I – Etiqueta de identificação do questionário: composta pelo número do questionário e código de barras, ambos gerados através do SGRSI, após o cadastramento dos indivíduos no sistema;

II – Dados pessoais do trabalhador: data da aplicação da pesquisa, se aceitou ou não responder o questionário, estado civil e cor/raça;

III – Dados socioeconômicos: escolaridade, renda mensal;

IV – Dados do domicílio e da família do trabalhador: moradia, número de pessoas no domicílio, chefe da família, utensílios em casa;

V – Atividade física do trabalhador: que foi medida através do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) - foi validado para o português, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde e Centro de Controle e Prevenção de Doenças para investigação de inatividade física em estudos epidemiológicos (MATSUDO, et al.. 2001)

VI – Alimentação: questões envolvendo consumo e frequência de frutas e verduras, gorduras, refrigerantes e sucos artificiais;

VII – Tabagismo;

VIII - Alcoolismo: através do teste CAGE;

IX – Morbidade referida: doenças cardiovasculares, e doenças crônicas como diabetes e hipertensão;

X – Utilização de serviços de saúde: dados referentes ao acesso a profissionais e serviços de saúde nos últimos 12 meses antes da pesquisa;

XI – Uso de medicamentos: referente ao uso de medicações nos últimos 15 dias antes da pesquisa;

XII – Características do trabalho: absenteísmo, frequência de trabalho;

XIII - SF – 12: versão resumida do *Medical Outcomes Survey – Short Form*, contendo 12 itens, distribuídos em 8 domínios, e que apresenta um escore que varia de 0 (pior estado geral de saúde) a 100 (melhor estado geral de saúde);

XIV – GHQ – 12: versão resumida do General Health Questionnaire, contendo 12 itens, das 60 da versão completa. Cada item é avaliado em uma escala de quatro pontos (menos do que o habitual, não mais que de costume, um pouco mais do que usual, ou muito mais do que o habitual);

XV – Ficha de aferição de medidas: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal, pressão arterial e glicemia capilar;

XVI – Levantamento de saúde bucal do trabalhador: através da utilização do índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD) recomendado pela OMS para avaliação bucal em estudo epidemiológicos.

Os blocos utilizados no presente estudo serão: II (Dados pessoais do trabalhador), III (Dados socioeconômicos), VII (Tabagismo), VIII (Alcoolismo), XIII (SF – 12) e XIV (GHQ – 12).

4.5 Estudo piloto e treinamento das equipes

O “Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do trabalhador da indústria” no Brasil foi iniciado em 2007. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto na empresa da cidade de Canoas, Rio Grande do Sul. Este estudo incluiu 291 trabalhadores (210 homens e 81 mulheres), o qual possibilitou a reformulação de algumas perguntas do questionário, a confirmação das prevalências de alguns fatores de risco utilizados no cálculo de tamanho da amostra do estudo realizado em 2006 que traçou o *Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não-transmissíveis em trabalhadores da indústria do Brasil* (SESI, 2006), além de permitir a antecipação de potenciais problemas na coleta de dados e nas orientações fornecidas aos trabalhadores.

O treinamento das equipes para realizar a pesquisa ocorreu nos Departamentos Regionais do SESI, envolvendo os seguintes temas: sensibilização da empresa, a coleta de dados: entrevista com preenchimento do questionário, aferição e registro de medidas e capacitações sobre doenças cardiovasculares, diabetes obesidade e saúde bucal.

4.6 Coleta dos dados

Os dados para realização deste estudo serão obtidos do Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida do Trabalhador da Indústria (DSEV) do SESI. Para operacionalização do DSEV, primeiramente o industrial e a indústria são cadastrados no SGRSI e, posteriormente, realizado o circuito saúde, composto das seguintes etapas (FIGURA 2):

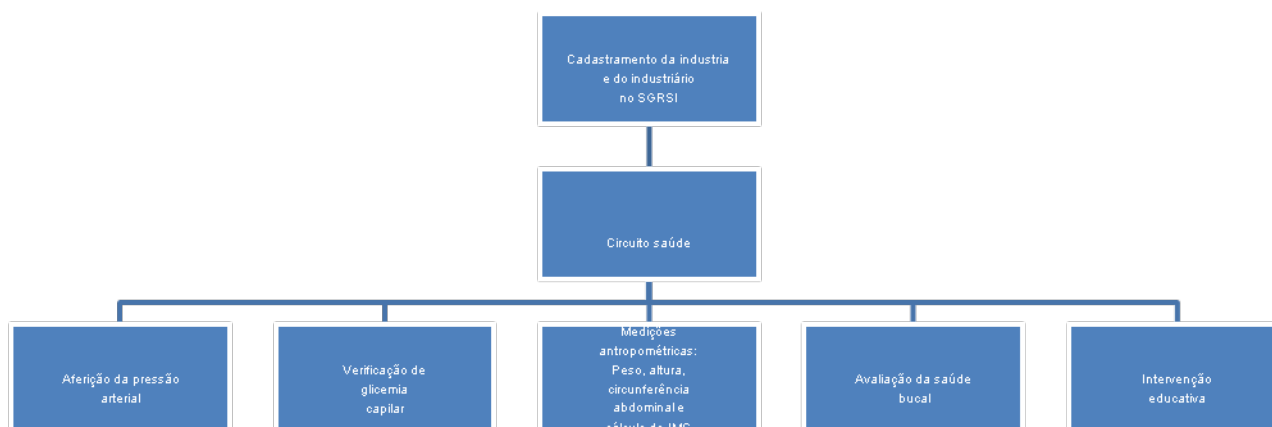


Figura 2. Fluxograma da operacionalização do circuito saúde (DSEV). SESI, 2009.

Durante o circuito saúde, o trabalhador além passar pelos procedimentos de verificação de pressão arterial, glicemia, medidas antropométricas e da saúde bucal, também é submetido a uma intervenção educativa, quando o mesmo recebe orientação sobre uma vida mais saudável, alimentação adequada e prática de exercícios físicos.

4.7 Banco de dados

Os dados coletados foram armazenados no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde na Indústria (SGRSI) e serão exportados para o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), na versão 10.0 *for Windows* para análise dos dados. Serão também utilizados para análise o Epi Info versão 3.4.1 e o R versão 2.9.0.

4.8 Definição das variáveis de estudo

Variável descritora: ocupação

Será avaliada através da CBO 2002, a qual é formada por 10 grandes grupos, 47 subgrupos principais, 192 subgrupos e 596 famílias ocupacionais. Utilizar-se-á para análise das variáveis resposta, os grandes grupos da CBO: forças armadas, policiais e bombeiros militares, membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes, profissionais das ciências e das artes, técnicos de nível médio, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, trabalhadores de manutenção e reparação (ANEXO F).

Variável de desfecho: transtornos mentais comuns

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) serão avaliados através do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Para o nível de suspeição de TMC, realizar-se-á estudo de desempenho do GHQ-12 através da Análise da Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), a fim de se definir os níveis de sensibilidade e de especificidade com melhor desempenho de acordo com o método de pontuação do questionário.

Outras variáveis de interesse: sexo, situação conjugal, renda, idade, carga horária, características do trabalho e alcoolismo.

4.9 Análise dos dados

No momento inicial, será realizada a análise da qualidade do banco através da listagem das freqüências simples das variáveis, para verificar a qualidade da digitação e correção de possíveis erros encontrados.

Em seguida, proceder-se-á a uma análise descritiva dos dados para caracterização da população estudada segundo as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor/raça, escolaridade, renda mensal) e características do trabalho (absenteísmo, freqüência de trabalho), através da distribuição das freqüências absolutas e relativas e por meio das medidas de tendência central e de variação (média, mediana, amplitude dos dados e desvio padrão). Também será realizada a descrição das variável principal, transtornos mentais comuns (TMC), e grupos ocupacionais (GG) segundo a classificação brasileira de ocupações (CBO 2002). Para a descrição da variável TMC, que é dicotômica, será feita a distribuição das taxas de prevalência dos possíveis casos de doentes e não casos, além das razões entre essas taxas.

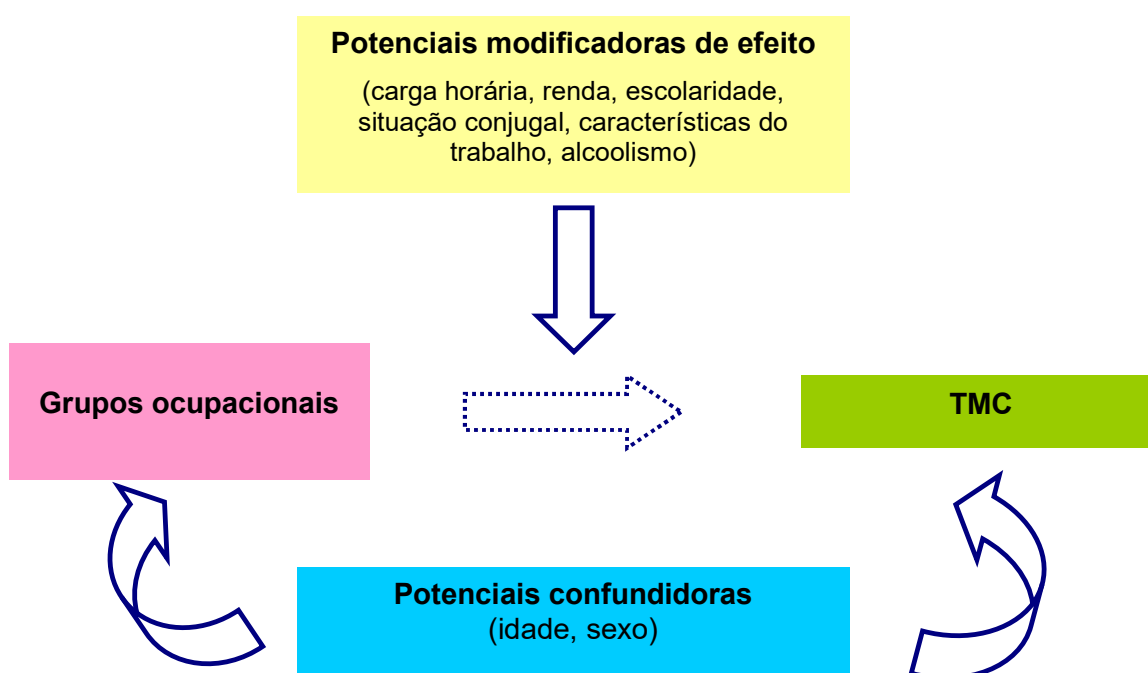
Após a análise de cada variável individualmente, prosseguir-se-á a análise bruta da relação entre as variáveis investigadas através dos testes estatísticos Z e o *t de Student*, o qual compara as médias (de uma variável numérica) de dois grupos (variável dicotômica) sendo a hipótese nula a de igualdade entre as médias populacionais (LUIZ, COSTA, NADANOVSKY, 2005; MEDRONHO et al, 2009). Para uma associação estatisticamente significativa será adotado um p-valor $\leq 0,05$ e um nível de confiança de 95%.

Por fim, será realizada análise multivariada com o objetivo de avaliar simultaneamente as variáveis estudadas. Para este estudo o modelo de análise multivariada utilizado será a análise de regressão logística múltipla (ARLM) através da qual é possível analisar a relação entre uma variável dependente (dicotômica) e um conjunto de variáveis independentes (discretas ou contínuas), estimando a contribuição de cada uma das variáveis incluídas na análise, para fins de predição ou explicação do efeito estudado (HOSMER; LEMESHOW, 2000; KLEINBAUM, 1994).

Esta análise será conduzida segundo os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (1989), incluindo os seguintes passos:

1. Seleção das variáveis a partir do objetivo do estudo;
2. Verificação dos pressupostos do modelo;
3. Pré-seleção das variáveis para inserção na análise por meio do teste de verossimilhança, tendo como um p-valor $\leq 0,25$;
4. A ARLM, propriamente dita, usando procedimento de Backward adotando o critério de significância $p < 0,10$, para obtenção do modelo final.

Para este estudo, os modelos de predição propostos prevêm as variáveis carga horária, renda, escolaridade, situação conjugal, características do trabalho, alcoolismo e como potenciais confundidores, sexo e idade (FIGURA 3 e 4).



4.10 Aspectos éticos

O diagnóstico de saúde e estilo de vida (DSEV) desenvolvido pelo SESI é uma das atividades permanentes do Programa Indústria Saudável, também desenvolvido pelo SESI. O DSEV é uma atividade de vigilância em saúde focada nas doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco seguindo a estratégia global da Organização Mundial da Saúde e cobre os níveis 1 e 2 desta estratégia, aplicação de questionários e realização de medidas físicas. Os resultados obtidos são utilizados pelo serviço médico das empresas, juntamente com o SESI, para a organização de intervenções de saúde. Portanto o DSEV é um serviço de saúde e não uma pesquisa e não foi submetido a nenhum comitê de ética em pesquisa.

Apesar do objetivo não ser o primariamente acadêmico, os instrumentos na coleta de dados aqueles já validados cientificamente e da mesma forma os equipamentos e métodos utilizados nas medições físicas seguem o padrão internacional. A participação de cada trabalhador é voluntária e o mesmo assina um termo de consentimento antes da realização da entrevista e das medições (ANEXOS A e B).

Conforme política de utilização do banco de dados do DSEV, a base de dados secundários gerada por este serviço e sem a identificação individual dos trabalhadores e das empresas pode ser utilizada na realização de estudos acadêmicos.

Esta pesquisa será submetida às normas do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, seguindo os quatros referenciais básicos da Bioética: a autonomia, maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996).

5 VIABILIDADE

Este projeto faz parte de uma pesquisa do Serviço Social da Indústria (SESI), o qual apresenta toda infra-estrutura necessária para a realização deste estudo,. Como a autora é colaboradora desta instituição, e responsável por esta pesquisa nessa unidade de negócios do SESI, possibilita a acessibilidade aos dados, além da mesma possuir os programas estatísticos necessários para a realização do estudo.

Os materiais permanentes e os demais materiais a serem usados durante a pesquisa pertencem a mestranda, e qualquer outro material necessário será adquirido com recursos próprios.

Além disso, o presente estudo terá apoio do Núcleo de Epidemiologia da UEFS, o qual apresenta toda estrutura física e tecnológica, disponibilizando os programas estatísticos, necessários para realização das análises do estudo.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Oferecer subsídios que venham a contribuir com a instituição a estimular seus clientes a uma gestão socialmente responsável, através do investimento na saúde de seus trabalhadores, por meio de ações de promoção e prevenção da saúde;
- ✓ As informações obtidas e analisadas poderão colaborar para a criação de um sistema de monitoramento de dados dos trabalhadores, proporcionando ferramenta para a vigilância da saúde desta população de forma eficiente e eficaz;
- ✓ Por fim, espera-se ajudar a instituição a traçar estratégias que venham a provocar mudanças dos hábitos e estilo de vida dos industriários, favorecendo a saúde desta coletividade.

8 ORÇAMENTO

Materiais	Quantidade	Valor unitário	Total
<i>Permanente</i>			
Computador	1	1899,00	1899,00
Impressora	1	600,00	600,00
Grampeador	1	12,50	12,50
<i>Consumo</i>			
Papel ofício A4	1	14,40	28,80
Cartucho preto	2	49,50	112,00
Cartucho colorido	2	59,90	59,90
Grampo	1	2,50	2,50
Lápis	5	0,30	3,00
Apontador	1	1,20	1,20
Caneta esferográfica	5	0,90	9,00
Borracha	2	0,50	3,00
Classificador com elástico	4	1,30	6,50
Encadernação	4	2,50	20,00
Cópias de materiais	300	0,10	24,00
Total			2781,40

REFERENCIAS

ALMANAQUE ABRIL. *Economia – Indústria*. Abril, 2011.

ALVES, J. E. D. A definição de cor / raça do IBGE. *Ecodebate*, jun / 2010.
Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/06/28/a-definicao-de-corracao-do-ibge-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/> Acesso em 13 dez 2010.

ALVES, M. G. M. *Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde*. 2004. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça / cor em Saúde Pública: possibilidade e limites. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, n. 31, p, 383 – 394, out / dez, 2009.

ARAÚJO, T.M., AQUINO, E., MENEZES, G., SANTOS, C.O., AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.4, p.424-433. 2003.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 5, n. 3, set. 2005.

BENAVIDES, F. G. et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial em cuatro empresas. *Gac Sanit*, v. 16, n. 3, p. 222 – 229, 2002.

BENSSOUSSAN, E et al. *Saúde ocupacional*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

BÁRBARO, A. M. et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 5, n. 2, 2009.
Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> Acesso em 13 fev 2010.

BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERTOLOTE, J. M. *Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool*. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BIREME. *Biblioteca Virtual em Saúde*. 2010

BORGES, E. M. *Saúde mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Araçongas, PR*. 2005, 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

BRANT, L. C., DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 942 – 949, jul/ago, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde CNS. *Resolução n. 196/96*. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, D.F: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho*. (Portaria nº1339/GM - 18/11/1999). Brasília: Ministério da Saúde, p.138, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO*. 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 01 fev 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *O futuro da indústria da construção civil: construção habitacional*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, MS, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 fev 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Evolução do salário mínimo - Valor do salário mínimo em 2009*. Disponível em: http://www.mte.gov.br/sal_min/EVOLEISM.pdf Acesso em 13 fev 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados – 7, v.5, n. 7, Informativo eletrônico. Brasília, jun/2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Informes Estatísticos Mensais do Setor Industrial*. Brasília, 2011.

COHEN, S., SYME, S. L., *Social Support and Health*. Orlando, Flórida: Academic Press, 1985.

COHEN, S. WILLS, T. A., Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v.98, p.310-357, 1985.

COUTINHO, E. S. F. *Fatores Sociodemográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogeneidade e Heterogeneidade de Efeitos*. Tese (Doutorado Saúde Pública), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

COUTINHO, A. P. et. al. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT): Monitorização da Exposição aos Fatores de Risco para um Subgrupo de Doenças no Município de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v.1, n. 9. 2004. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa9_cronica.htm Acesso em: 22 mar 2010.

DIAS, E.C. et al. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Série A Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

Dieese. Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED. *Inserção feminina no mercado de trabalho*. 2001
<http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=07&tip=02> Acesso em 16 fev 2011.

FIEB. *Guia industrial do Estado da Bahia 2009 – 2010*. EBGE: Recife, 2010.

FIEB. *Número de indústrias que procuram a Bahia cresce 88% em 2009*. Disponível em: http://adm.agecom.ba.gov.br/conteudo/noticias/2009/08/17/numero-de-industrias-que-procuram-a-bahia-cresce-88-em-2009/base_view . Acesso em: 14 jan 2010.

FILHO, G. J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Ass Med Brasil*, v. 47, n. 1, p. 65 – 69, 2001.

GABY, W. T. S. *As doenças do século*. CPAD, 2007.

GLOBAL INITIATIVE ON PSYCHIATRY. *Prioritizing mental health in development aid programs*. 2010.

GOLDBERG, D. HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social-model*. London: Tavistock, 1992.

GOUVEIA, V. V. et.al. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.19, n. 3, p. 241-248, set/dez 2003.

GUIMARAES, L. A. M., TEIXEIRA, L. N. Transtornos mentais e trabalho em turnos alternados em operários de mineração de ferro em Itabira (MG). *J bras psiquiatria*, v. 52, n. 4, p. 283 – 289, 2003.

HOUSE, J.S., LANDIS, K. R., UMBERSON, D. Social relationships and health. *Science*. v. 241, n. 4865, p. 540 – 545, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresmimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf. Acesso em: 08 nov 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE – pesquisa mensal de emprego. IBGE, Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em 2009, expectativa de vida ao nascer era de 73, 17*. IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.pph .. Acesso em 01 dez 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. 1988. Disponível em:

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm> Acesso em 13 mar 2010.

UNESCO. *Clasificacion Internacional Normalizada de La Educacion*. 1997.

KLEINBAUM, D. G. KLEIN, M. *Logistic regression: a self-learning text*. Springer, New York, 1994.

HOSMER, D. W., LEMESHOW, S. *Applied survival analysis: regression modeling of time to event data*. John Wiley e Sons, INC, 1999.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da UFFlu. *Historia Ciencias Saude*, Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49 – 69, mar/jun, 2001.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 6, dez. 2003 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 02 mar. 2010.

LUDERMIR, A.B., MELO FILHO, D.A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.2, p. 213-31, 2002.

LUIZ, R. R., COSTA, A. J. L., NADANNOVSKY, P. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2ª edição. São Paulo: Atheneu. 2009.

MINAYO-GOMEZ, COSTA, 2007

MOLINA, A. S., MISSAO, A. I. Benzodiazepine use among employees of a private company. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, p. 517 – 522, jul/ago, 2008. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae Acesso em 06 fev 2011.

BARROS, M. V. G., NAHAS, M. V. Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev Saúde Pública*, v.35, p. 554 – 563, 2001.

HÖFELMANN, D. A., BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 777 – 787, 2007.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 567 – 576, mar, 2008.

NELSON, N. A. et al. A case-control study of chronic neuropsychiatric disease and organic solvent exposure in automobile assembly plant –workers. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 51, p. 302 – 307, 1994.

OLIVEIRA, N. F. SANTANA, V. S., LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 90 – 99, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial de saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El nuevo atlas de salud mental de la OMS muestra que los recursos de salud mental siguen siendo insuficientes*. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2005/np21/es/>. Acesso em 07 fev 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Que és La salud mental?* 2007. Disponível em <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html> Acesso em 06 fev 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *OMS divulga relatório sobre saúde mental e desenvolvimento*. 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?mat> Acesso em 04 dez 2010.

PAHO. *Reforma de La salud mental: alcohol y el peso de lãs decisiones*. 2001. Disponível em http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_007.htm Acesso em 06 fev 2011.

PASQUALI, L. et al. QSG – *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico QSG*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

PEREIRA, J. M. Esforços para reverter os efeitos da crise financeira mundial. *Contribuciones a La Economia*, jan, 2009. Disponível em: <http://www.eumed.net/ce/2009a> Acesso em 14 fev 2011.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia : teoria e pratica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REIS, E. J. F. B . Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005

RIBEIRO, J. et al. Saúde mental de trabalhadores de setores administrativos de uma empresa de construção civil e estruturas metálicas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso 13 fev 2011.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 4, p. 630 – 640, 2010.

SATO, L. BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p.869 – 878, 2005.

SELIGMANN – SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad Saúde Pública*, v. 13, (supl. 2), p. 95 – 109, 1997.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. *Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não-transmissíveis em trabalhadores da indústria do Brasil*. Brasília: SESI / DN, 2007.

SOUZA, S. F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saúde Pública*. v.44, n. 4, p:710-717. 2010.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., HEAD, J., Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, v.43, 73-81p

URURAHY, G. ALBERT, E. *O cérebro emocional: as emoções e o estresse do cotidiano*. Rio de Janeiro: Rocco. 2005.

WEICH, S. LEWIS, G. Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Community Health*, v. 52, p.8 – 14, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women's mental health an evidence based review*. Geneva, 2002.